

## **Liste des abréviations :**

**APA** : Activités Physiques Adaptées

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**BAPA** : Barriers to Physical Activity questionnaire

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies 10ème édition

**DE** : Dépense Énergétique

**DS** : Déviation Standard

**DSM** : Diagnostic and Statistic Manual

**EMS** : Échelle de Motivation dans le Sport

**ESDC** : Estime de Soi dans le Domaine Corporel

**EUPASS** : European Physical Activity Surveillance System

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**IPAQ** : International Physical Activity Questionnaire

**ISP** : Inventaire de l'Estime de Soi

**MET** : Metabolic Equivalent of Task

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PNNS** : Plan National Nutrition Santé

**PSPP** : Physical Self Perception Profile

**SFA** : Société Française d'Alcoologie

## **Plan :**

Introduction

Matériel et Méthode

Résultats

Discussion et conclusion

Bibliographie

Liste des figures et tableaux

Table des Matières

Annexes

# **I. Introduction :**

## **1. Alcoolodépendance et sevrage :**

### ***a. L'alcool en France :***

Depuis plusieurs décennies, on assiste à une diminution des consommations d'alcool en France, selon l'Observatoire Français des drogues et Toxicomanies (OFDT) la consommation moyenne par habitant et par an serait passée de 14 litres en 2000 à un peu moins de 12 litres en 2013 . Elle reste néanmoins la substance psychoactive la plus consommée dans la population française, qui est au quatrième rang européen en terme de consommation par habitant. Près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 10% quotidiennement. Les consommateurs d'alcool sont majoritairement des hommes, ils sont trois fois plus souvent concernés par la dépendance ou l'usage problématique que les femmes : 18% contre 6% de buveurs quotidiens. En revanche, l'usage problématique de l'alcool augmente dans la population générale, et notamment chez les 18-25 ans. Ainsi on peut définir quatre types de buveurs dans la population française en 2014, selon l'OFDT : 37 % des 18-75 ans sont des buveurs sans risque occasionnel, 11 % des buveurs sans risque régulier, 31 % des buveurs à risque ponctuel et 8 % à risque chronique. <sup>[1,2,3]</sup>

En consultation de médecine générale, l'un des premiers et principal interlocuteur dans le dépistage ou la prise en charge des patients en difficultés avec les consommations, la prévalence totale des malades en difficulté avec l'alcool est de 18,2%, dont 5% de malades alcoolodépendants et 13,2% de consommateurs excessifs (usage à risque ou usage nocif). Avec une grande majorité d'homme, à hauteur de 75%. Résultats mis en évidence par l'ensemble des observatoires régionaux de santé en 2000. <sup>[4]</sup>

L'alcool reste un enjeu de santé publique majeur car il expose à des risques sur le plan somatique, mais également sur le plan psycho-social. En terme de morbi-mortalité, le chiffre de 49 000 décès imputables à l'alcool a été avancé en 2009. Ce chiffre comprend non seulement les décès en rapport avec les pathologies directement causées par l'alcool mais également les décès par accidents sous son emprise. Ainsi, l'alcool serait impliqué dans 13% des décès masculins, ce qui en fait la deuxième de cause de mortalité évitable dans notre pays après le tabac. Par ailleurs, le coût pour la société est très élevé du fait du coût des soins (estimé à 3 milliards d'euros) et du coût social (estimé à plus de 15 milliards d'euros). <sup>[2]</sup>

## ***b. Quelques définitions :***

L'organisation mondiale de la santé (OMS), a proposé des recommandations de consommation à partir desquels un risque peut apparaître : <sup>[5]</sup>

- Usage ponctuel : Jamais plus de 4 verres par occasion.
- Usage régulier : Ne pas dépasser 21 verres par semaine (3 verres/jour) pour les hommes et 14 pour les femmes (2 verres/jour), en respectant au minimum un jour par semaine sans consommation.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société. Ces seuils n'ont donc pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc de simples repères et ils doivent être abaissés dans diverses situations (grossesse, conduite de véhicule, pathologies organiques associées ...).

En France, un « verre » correspond à la quantité d'alcool pur contenu dans une « consommation » telle qu'elle est servie dans les cafés, soit environ 10 grammes d'alcool. Cette valeur est retenue par l'OMS.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) propose une classification des conduites d'alcoolisations, autour de « l'usage » et du « mésusage », permettant une meilleure compréhension et donc prise en charge des sujets : <sup>[4,5]</sup>

- Usage (consommateur modéré) : Toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est à dire inférieure ou égale aux seuils de dangerosité définis par l'OMS, et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier. L'usage peut être occasionnel, intermittent ou continu.

- Mésusage : qui regroupe les conduites d'alcoolisations caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels :

- > Usage à risque (consommateur à risque) : Toute conduite d'alcoolisation, ponctuelle ou régulière, où la consommation est supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social, mais susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. Cette catégorie inclus également les consommations égales ou inférieures aux seuils de l'OMS lorsqu'elles sont associées à une situation à risque ou lorsqu'il existe un risque individuel particulier.

> Usage nocif (consommateur à problème) : Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation, et en l'absence de dépendance à l'alcool.

> Usage avec dépendance (malade alcoolodépendant) : Toute conduite d'alcoolisation caractérisée par une perte de la maîtrise de sa consommation par le sujet. Ne se définit donc ni par rapport à des seuils de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins sont souvent associés. L'usage avec dépendance ne comporte pas dans sa définition de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle.

### ***c. La dépendance :***

Il existe chez les patients consommateurs , un continuum entre « l'usage » d'alcool sans retentissement psycho-somatique, et le « mésusage » (et ses différents degrés) dans lequel les répercussions médicales, sociales et psychologiques sont importantes. La caractéristique essentielle des troubles liés à l'alcool est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer malgré des problèmes significatifs. Les principaux systèmes de classification diagnostique reconnaissent au moins deux niveaux de sévérité des troubles liés à l'usage de l'alcool. <sup>[6] [Figure 1]</sup>

Les systèmes de classification psychiatrique, *Diagnostic and Statistic Manual IV* (DSM-IV), proposent deux diagnostics hiérarchisés : « l'abus » et « la dépendance », en fonction de critères précis. <sup>[Annexe 1]</sup>

La *Classification Internationale des Maladies 10* (CIM-10) validée par l'OMS, propose également deux diagnostics en fonction des critères remplis, proches de ceux du DSM-IV : « l'usage nocif » et « la dépendance ». <sup>[Annexe 2]</sup> En ce sens, la dépendance est considérée comme la forme la plus sévère des troubles liés à la consommation de l'alcool.

Le DSM-V, depuis 2013, substitue au modèle catégoriel du DSM-IV et du CIM-10 un modèle dimensionnel, supprimant la notion d'abus/usage nocif et de dépendance au profit d'un continuum de degré de sévérité, en remettant en question la notion de dépendance. Il propose un diagnostic unique à 11 critères, regroupé sous le terme de « troubles de l'usage de l'alcool », avec trois niveaux de sévérité en fonction du nombre de critères retrouvé chez un individu : Faible, Modéré, Sévère. Concept étant peut être plus proche des réalités cliniques, mais faisant encore débat aujourd'hui en alcoologie. <sup>[6,7] [Annexe 3]</sup>

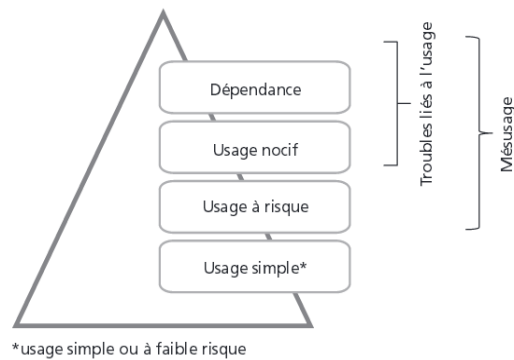


Figure 1 : usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum.

La notion d'un gradient de sévérité dans les troubles de l'alcool est aujourd'hui consensuel. La CIM-10 de l'OMS est le système de codage faisant référence en France, notamment dans les troubles liés à l'alcool et utilisé par la SFA. [6]

#### ***d. Psychopathologie du patient alcoolodépendant :***

L'alcoolodépendance est un phénomène complexe. Elle se caractérise par l'interaction entre le produit et ses effets, un environnement et un individu avec sa personnalité et son propre fonctionnement. [8]

Des caractéristiques communes aux sujets alcoolodépendants ont été identifiées (FOUQUET, 1971) [9] et constituent des éléments sémiologiques pouvant expliquer le développement psychopathologique du patient, qui se caractérise par le maintien trompeur des apparences, la perte de la capacité de se voir, de se juger par rapport aux autres (« l'apsychognosie »). Il correspond à une sorte d'ignorance du corps, vécu comme étranger (« l'asomatognosie »), pouvant expliquer la négligence corporelle et l'absence de préoccupation pour les manifestations somatiques. Le patient est dans le déni de sa pathologie, et ne veut rien savoir sur sa conduite alcoolique et sur ces conséquences (« l'anosognosie »).

Selon les enquêtes épidémiologiques, 80% des patients alcoolodépendants ont eu, à un moment quelconque de leur parcours, des symptômes anxio-dépressifs, et 30% une dépression caractérisée. Les liens cliniques et psychopathologiques entre l'usage d'alcool et la dépression sont d'influence réciproque. [10] On estime à 67% le nombre de patients présentant un syndrome dépressif en début de sevrage, mais uniquement 15% persistent après la prise en charge du problème alcool.

Notons également un autre élément fondamental des alcoolodépendants, qui est une difficulté à ressentir une unité et un bien être corporel. Au delà des conséquences somatiques graves, l'alcool a des répercussions sur le vécu corporel. Celui-ci étant synonyme de souffrance. Le corps est ainsi souvent décrit comme manquant de contenance et de limite structurelle. <sup>[11]</sup> Le patient utilise l'alcool pour se procurer un sentiment de bien être, une anesthésie vis à vis des sensations désagréables. La personne se retrouve démunie au fil du temps des différentes sources de plaisirs et des habitudes autres que l'alcool, au détriment de l'attention portée à son corps et à son apparence. <sup>[6]</sup>

Le syndrome anxio-dépressif, la faible image de soi et l'effondrement de l'estime de soi, constituent des mécanismes de développement du patient alcoolodépendant, mais également des facteurs de vulnérabilité qu'il est important de prendre en compte dans le cadre de l'accompagnement du patient et d'inclure dans la prise en charge. <sup>[10]</sup>

### ***e. L'estime de soi :***

Elle est définie par Coopersmith en 1984 comme le résultat d'une attitude fondamentalement personnelle, fondée sur une perception et une évaluation faites à partir de critères propres à l'individu. C'est une évaluation, un jugement que la personne porte sur différents aspects de sa personnalité . Elle repose sur trois piliers interdépendants : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi, le tout étant une question d'équilibre. <sup>[12]</sup>

C'est le sentiment plus ou moins favorable que chacun éprouve à l'égard de ce qu'il pense être. L'estime de soi est multidimensionnelle, elle est constituée de sous-ensembles relevant de compétences dans les domaines physiques, sociaux, professionnels et familiaux.

L'estime de soi est un problème central chez le patient alcoolodépendant , une faible estime de soi facilite le recours à l'alcool et inversement, le recours à l'alcool diminue l'estime de soi. Une étude de 2004 montre que l'image de soi ainsi que l'estime de soi des patients alcoolodépendants sont plus négatives que dans la population générale. Elle note également une différence entre les hommes alcoolodépendants qui présentent une estime et une image d'eux plus faibles que les femmes. <sup>[12]</sup>

Elle apparaît donc comme un axe de soins privilégiés, dans une optique motivationnelle ou de prévention de la « rechute ». Il s'agit d'un travail complexe pouvant inclure plusieurs axes de travail comme expliqué dans une étude en 2000 <sup>[13]</sup> : Par la parole avec des entretiens psychologiques ou psycho-thérapeutiques, des groupes de travail sur la communication ... L'objectif étant de parler d'eux, de les impliquer et de donner un sens à leur maladie/histoire.

La mise en place d'un **cadre thérapeutique** avec ses règles, offre des limites dans lesquelles peut se jouer une dynamique, une réassurance. L'amélioration de l'estime de soi ne serait pas possible sans une **évaluation**, par le thérapeute, voire une auto-évaluation. **L'ergothérapie** permet de reprendre goût au plaisir d'être capable et réamorcer la boucle de l'estime de soi. Enfin une **prise en charge corporelle** est un excellent moyen de se renarcissiser. Le travail sur le corps permet de récupérer des sensations, de mieux se supporter, de réintégrer son corps, et optimiser sa connaissance de soi.

### *f. Le sevrage :*

D'une façon générale, l'objectif du traitement de l'alcoolodépendant est l'amélioration de sa qualité de vie, et de son bien-être. L'intervention thérapeutique devant cibler la santé physique, psychologique et socio-professionnelle. Cette amélioration passe par un changement important des comportements du patients et notamment de ses consommations. L'abstinence a longtemps été considérée comme le seul objectif de consommation chez les personnes dépendantes, il a cependant été démontré que certains individus pouvaient avoir une rémission stable sans abstinence, et que l'acceptation de la préférence du patient permettait d'obtenir de meilleurs résultats. Les recommandations les plus récentes reconnaissent la possibilité d'intégrer la réduction de la consommation comme objectif de soins, même si l'abstinence reste l'objectif de consommation le plus sûr pour la plupart des patients.<sup>[6]</sup>

Tout syndrome d'alcoolodépendance justifie un sevrage intégré dans un projet thérapeutique dont les objectifs doivent être précisés avec le patient. Le sevrage en alcool apparaît comme la première étape indispensable au processus de soin. Il ne présente aucune contre-indication, mais certaines non-indications : L'absence de projet thérapeutique ainsi que le manque de motivation, et les situations de « crise » (affective, sociale ou professionnelle). Il convient d'envisager prioritairement le **sevrage ambulatoire**, qui permet la poursuite de l'activité professionnelle, le maintien des relations familiales et sociales, il est souvent mieux accepté et favorise l'implication active du patient. En outre le **sevrage hospitalier** (résidentiel) peut, et doit être proposé aux patients présentant une dépendance physique sévère, des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques lourdes, des consommations d'autres substances psycho-active en grandes quantités, ainsi qu'un environnement socio-professionnel délicat. Seul 10 à 30% des sevrages se font en hospitalisation, pour une durée moyenne recommandée de sept à dix jours maximum, seuil au delà duquel il n'y a plus d'intérêt. <sup>[14]</sup>



Le sevrage, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, repose sur les éléments principaux suivants : une information du patient avec discussion et organisation d'un projet de soin, une hydratation , la prescription de psychotrope, une vitaminothérapie B1 et B6, et enfin la mise en place d'un accompagnement pour le maintien de l'abstinence ou le contrôle des consommations. <sup>[14]</sup>

### ***g. L'accompagnement :***

L'accompagnement du patient après le sevrage fait intervenir de nombreux acteurs aux compétences variées et complémentaires utilisant des moyens et procédures hétérogènes, le patient reste l'acteur principal de la dynamique de l'accompagnement. Ces multiplicités imposent donc avant tout la cohérence des actions, l'opportunité des interventions et une formation adéquate des acteurs, pour un accompagnement médical, psychologique et social de qualité auprès du sujet et de son entourage. L'alliance et la compliance thérapeutiques semblent les principaux facteurs prédictifs communs de l'efficacité des acteurs et des moyens de l'accompagnement. Sans intervention, l'évolution spontanée de l'alcoolodépendance est presque toujours défavorable (< 10 % de guérisons spontanées). <sup>[15]</sup>

La diversité des situations et l'hétérogénéité des individus autorisent une grande variété des interventions, en ne perdant pas de vue que leur association/combinaison augmente significativement leur efficacité <sup>[6]</sup>. Toutes les interventions thérapeutiques n'ont pas le même niveau de preuve d'efficacité, et probablement pas le même niveau d'efficacité. De plus, peu d'études récentes ont permis d'évaluer l'efficacité ou la supériorité de tel ou tel prise en charge. Les qualités personnelles du thérapeute ont néanmoins une importance déterminante dans l'efficacité de l'intervention. Nous nous contenterons de citer, de façon non exhaustive, certaines approches thérapeutiques validées par « les recommandations des bonnes pratiques de la SFA de 2014 » :<sup>[6]</sup>

- Le soutien psychologique : Par l'écoute, la relation d'aide, la psychothérapie.
- Les thérapies cognitives et comportementales : Sont des techniques psychothérapeutiques codifiées. Elles permettent au sujet d'élaborer et d'utiliser des stratégies pour le maintien de l'abstinence, ou le contrôle des consommations. Elles ont fait l'objet de nombreuses études dans les années 2000, notamment en addictologie. Compatibles entre elles ou avec d'autres approches psychothérapeutiques, elles ont été développées à partir de plusieurs modèles théoriques : parmi les programmes ayant fait l'objet d'évaluations cliniques contrôlées, on peut citer :

> L'entretien motivationnel

> L'entraînement aux stratégies de coping : Programmes cognitivo-comportementaux individuels ou en groupes, dont l'objectif est l'apprentissage de stratégies permettant de faire face (« coping ») aux situations à risques, d'augmenter les compétences du patient dans des domaines de relations sociales, de gestion des émotions négatives, et d'organisation de vie quotidienne.

- Les groupes de paroles

- Les mouvements d'entraides

- L'accompagnement de l'entourage

- Les thérapies conjugales

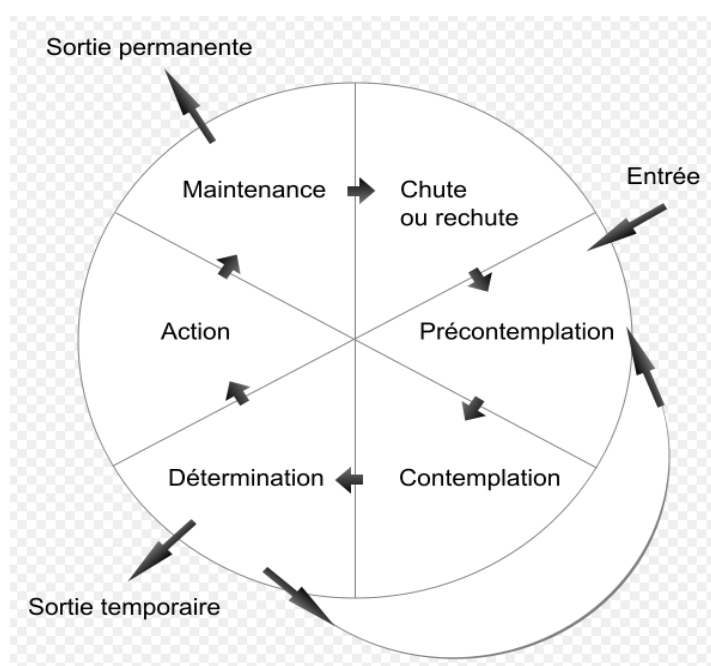
- L'intervention pharmacologique : Dont l'objectif est la prévention ou le traitement du syndrome de sevrage et l'aide au maintien de l'abstinence ou au contrôle des consommations. De plus elle est utile dans le traitement des comorbidités somatiques ou psychiatriques du patient alcoolodépendant.

Une étude de 2002 <sup>[16]</sup> met en évidence les modalités de prise en charge hospitalière, qui d'un centre à l'autre varient très peu, centrées sur un axe médical, la psychothérapie individuelle et de groupe, mais également sur l'information. Certains centres commencent à proposer des activités non psycho-thérapeutique comme l'ergothérapie, le sport et/ou la relaxation. Un an après un sevrage résidentiel, 70% des patients ont connu une rechute (ré-alcoolisation). Dans le suivi post-sevrage, la place des consultations en alcoologie et en médecine générale est prépondérante, puisque 80% des patients y ont recours. La place du soutien psychologique (psychiatre, psychologue, psychothérapie) vient loin derrière avec un taux de recours de 40%.<sup>[16]</sup>

La faible estime et image de soi, notamment dans le domaine corporel, comme nous avons pu la décrire précédemment, imposent aujourd'hui la mise en place d'interventions non psycho-thérapeutique ou pharmacologique, pour faciliter la reprise d'interactions sociales, la ré-accession des plaisirs, et de récupérer une attention de la personne à son corps et à son apparence. L'activité physique, l'ergothérapie, la relaxation sont autant d'approches thérapeutiques en développement, insuffisamment étudiées aujourd'hui, pour en prouver leur efficacité. Elles peuvent également avoir une efficacité sur les comorbidités, notamment psychiatriques, comme le syndrome anxio-dépressif.<sup>[6]</sup>

## ***h. Le changement de comportement :***

Comme nous l'avons vu, le patient doit envisager un changement de comportement, processus qui n'est pas continu et peut fluctuer au cours de l'accompagnement. Le modèle le plus utilisé est celui de Prochaska et DiClemente <sup>[4][figure 2]</sup> qui nous permet de comprendre le cheminement motivationnel du sujet alcoolodépendant lors de la prise en charge. Tout passage d'une étape à la suivante doit être considéré comme une réussite pour le patient et le thérapeute. De plus, la rechute ne doit pas être considérée comme un échec mais comme une nouvelle étape du processus qui peut prendre plusieurs années.<sup>[15]</sup>



*Figure 2 : Modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente*

Les stades de changement peuvent être décrits de cette manière :

- Pré-contemplation : Le patient ne pense pas avoir de problème avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement dont il ressent essentiellement les bénéfices.
- Contemplation : À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle.
- Préparation/détermination : À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.
- Action : Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.

- Maintien : À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.
- Rechute : La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus.
- Sortie permanente : Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

### ***i. Évaluation de l'accompagnement :***

De nombreux moyens d'accompagnement sont proposés aux sujets alcoolodépendants sevrés, mais peu évalués. L'évaluation du résultat doit porter sur le malade pris dans sa globalité. Si le maintien de l'abstinence est un élément incontournable dans l'aide thérapeutique apportée au malade, il ne peut être considéré comme une fin en soi. Le mieux être du sujet est la priorité des soins, au-delà du problème de l'alcool. La grande majorité des études sur le sevrage et l'accompagnement du patient alcoolodépendant, mettent en avant l'abstinence totale comme critère prédictif de réussite.<sup>[15]</sup> Les principaux domaines évalués dans les études antérieures à 2001, touchent quatre grandes familles : La comparaison des différentes structures de soin (15%), la thérapie cognitivo-comportementale (15%), les spécificités de l'alcoolodépendance comme facteur pronostique de l'évolution post sevrage (12,5%) et enfin l'impact des troubles psychiatriques (10%).

Le choix de l'abstinence comme variable dépendante dans l'ensemble des études est logique au sens statistique, car il autorise une dichotomisation de l'échantillon (rechute versus abstinence) <sup>[17]</sup>. Mais cette approche est pourtant réductrice quant à l'objectif des soins. L'estime de soi, la qualité de vie, le soutien social, le mieux être du malade sont autant d'objectifs prioritaires de l'accompagnement et trop peu étudiés à ce jour. Deux critères sont remarquablement absents dans les articles publiés avant 2001 : la qualité de vie et la mesure par le patient lui-même de l'amélioration obtenue. Cette déresponsabilisation du patient et la non prise en compte de l'objectif ultime sont en cours de reconnaissance.<sup>[17]</sup>

## **2. Activité physique et sevrage :**

### ***a. L'activité physique :***

Selon l'OMS, l'activité physique correspond à « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et entraînant une augmentation des dépenses d'énergie par rapport à la dépense de repos ». Elle varie selon l'intensité, la durée, la fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Elle recouvre donc un domaine plus large que celui de la seule pratique sportive. Elle inclut des activités professionnelles, des déplacements dans la vie de tous les jours et pendant les loisirs. L'activité sportive étant, toujours selon l'OMS, « un sous ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé, revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions, facilitées par les organisations sportives ».

Elle est aujourd'hui un enjeu de santé publique. On la recommande pour ses bienfaits physiques mais également psychologiques. On lui prête des effets sur le bien être et la qualité de vie. L'activité physique contribue au traitement et/ou à la prévention de certaines maladies chroniques, mais la relation entre activité physique ou sportive et santé est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. Cette relation dépend en effet de nombreux paramètres individuels tels que l'âge, le genre, l'état de santé, les déterminants psychosociologiques mais également des caractéristiques de l'activité elle-même, son volume et sa fréquence au cours de la vie.

Notion difficile à évaluer/quantifier, mais un seuil d'activité physique bénéfique pour la santé a été défini par l'OMS, et repris par les pouvoirs public Français. On constate que 45% des Français pratiquent une activité physique bénéfique pour la santé.<sup>[18]</sup> Elle est néanmoins intégrée dans de nombreux protocoles de santé comme les maladies cardiovasculaires (diabète, coronaropathies ...), les cancers du sein et colique notamment.

En 2005, il a été démontré que la consommation de substances psychoactives, comme l'alcool, baisse la probabilité de pratiquer un sport de façon régulière, mais n'est pas liée à la pratique ou non d'une activité physique favorable à la santé.<sup>[18]</sup>

## ***b. Bien-être et activité physique :***

Dans nos sociétés contemporaines, le corps est un support majeur de l'identité. Dès lors, les pratiques qui visent à l'embellir, le relaxer, le renforcer se multiplient. La quête du bien-être et de la qualité de vie dans son corps et par son corps devient universelle car elle apparaît indispensable. Être « bien dans son corps et dans sa tête » est synonyme d'harmonie, de joie de vivre, de bonne santé mentale. Il est évident que le bien-être est une notion complexe, plurifactorielle, mal définie, qui est beaucoup plus subtile que le simple fait de se sentir bien. Selon Netz *et coll.* (2005) <sup>[19]</sup>, le bien-être serait la résultante de quatre dimensions :

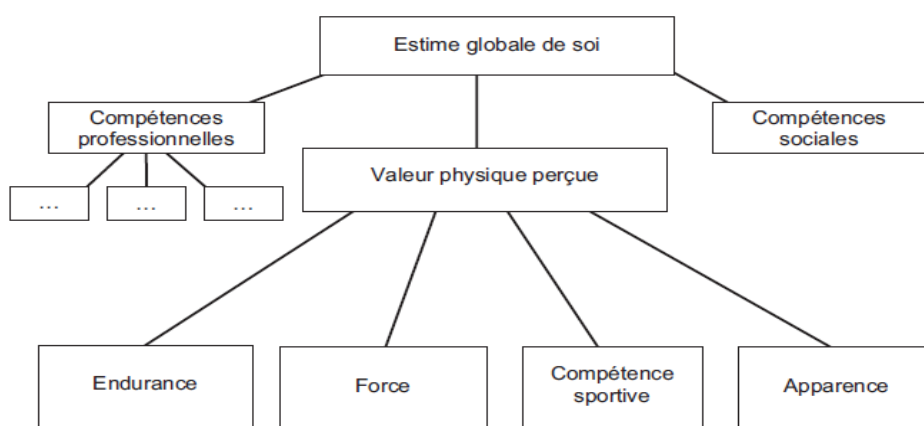
- Le bien-être émotionnel (état d'anxiété, stress, tension, état de dépression, angoisse, confusion, énergie, optimisme) ;
- Les perceptions de soi (estime globale de soi, image du corps, perception de sa condition physique, perception de maîtrise de soi) ;
- Le bien-être psychique (douleur, perception des troubles somatiques...) ;
- Le bien-être perçu (qualité de vie, bien-être subjectif...).

L'activité physique semble pouvoir répondre à cet objectif d'amélioration du bien être et de la qualité de vie en mettant en avant le « corps » comme support de travail, notamment dans l'accompagnement du sujet alcoolodépendant. La mise en place d'activités physiques adaptées lors d'une post cure le démontre <sup>[20]</sup>, elles permettent d'inscrire le patient dans une démarche dynamique, de se remettre en confiance en se reconnaissant des aptitudes, une valeur. Elles permettent une socialisation, en développant sa capacité à communiquer, à trouver sa place dans un groupe. Elles développent la prise d'initiative et d'organisation personnelles, de retrouver une autonomie. Elles permettent d'améliorer sa condition physique, de restaurer une connaissance de son corps, à retrouver des sensations corporelles et des émotions positives. Le plaisir sert à donner du sens à la vie, même si réapprendre à se faire plaisir en dehors de l'alcool peut être angoissant.

De plus, selon une étude de J-E Vanderheyden *et coll.* <sup>[21]</sup> l'activité physique chez le patient alcoolodépendant permet une diminution de la prise médicamenteuse, notamment des psychotropes, et de retrouver un meilleur sommeil. Elle permet également de diminuer le taux de rechute/ré-alcoolisation à 6 mois. Par conséquent, l'activité physique peut avoir un rôle majeur dans l'accompagnement du sujet alcoolodépendant, sur le plan physique mais également psychosocial, et lui permettre de retrouver un bien-être en dehors de l'alcool.

### *c. Estime de soi et activité physique :*

Comme nous l'avons vu, l'estime de soi est multidimensionnelle, elle est constituée de sous-ensembles relevant de compétences dans les domaines physiques, sociaux, professionnels et familiaux. À une époque où le corps prend une place de plus en plus importante dans notre société, le sentiment que chacun porte à son corps devient un élément important de l'estime globale que chacun s'attribue. Fox parle de valeur physique perçue. Il a validé un modèle hiérarchique qui relie l'estime de soi au soi physique, du plus concret (sous-domaine) au plus global (sommet de la hiérarchie) <sup>[19,22]</sup>. Le soi physique est la résultante de la valeur physique perçue et de quatre sous-domaines (Fox et Corbin) <sup>[22]</sup>. Ce modèle hiérarchique permet de déterminer les relations entre les perceptions du domaine de compétence physique et l'estime globale de soi <sup>[figure 3]</sup>.



*Figure 3 : Modèle hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel de Fox et Corbin 1989.*

L'estime de soi est directement influencée par la manière dont les sujets perçoivent leurs compétences dans un sous-domaine où la réussite est considérée comme importante. L'augmentation d'un sous-domaine diffuse de la base vers le sommet de la hiérarchie. Ainsi, tout changement de niveau d'un élément de la base du modèle est susceptible de modifier le niveau d'une dimension située juste au-dessus dans la hiérarchie <sup>[19]</sup>.

On retrouve cette notion d'augmentation d'estime de soi et/ou du soi physique par la mise en place d'activités adaptées, notamment chez le sujet alcoolodépendant, comme l'illustre une étude de 2009, dans laquelle les patients suivaient un programme d'activités physiques adaptées dans le cadre d'un sevrage pendant 3 semaines <sup>[23]</sup>.

Il est alors constaté une nette amélioration de l'estime de soi globale, mais aussi et surtout une évolution positive dans les sous domaines. Par une reprise de la condition physique et un changement de l'image du corps, le patient peut retrouver un bien-être et une estime de soi satisfaisante, nécessaire aux objectifs de l'accompagnement chez le sujet alcoolodépendant.

#### ***d. Motivation et activité physique :***

La motivation est un axe de travail important, car la motivation que l'on peut éprouver ou élaborer par la pratique d'activité physique peut avoir des répercussions positives dans d'autres domaines de la vie courante, notamment sur la motivation à se reprendre en main, à lutter contre l'alcool et à déclencher un processus de changement de comportement <sup>[24]</sup>.

La motivation et l'estime de soi restent néanmoins très liées. En travaillant sur l'estime de soi, il y a un côté motivationnel « je suis capable de ». L'activité physique adaptée lors d'une post cure permet de retrouver de la motivation, dans le domaine physique, comme dans le domaine psychologique <sup>[23]</sup>. Une étude de 2009 <sup>[25]</sup>, réalisée chez des patients en sevrage hospitalier, nous montre que la pratique d'activité physique peut être décomposée en trois phases : la motivation, puis l'action et enfin la satisfaction qui donnent envie de recommencer. Il s'agit d'un cycle, dans lequel le facteur alcool diminue la motivation, l'action sera donc freinée et la satisfaction affaiblie, ce qui altère encore plus la volonté de pratique. En plus des difficultés physiques imputables à la consommation d'alcool, cette envie de pratiquer une activité physique semble atténuée chez ces patients, même en fin de sevrage. Ils ont pourtant conscience des bienfaits de cette dernière comme l'illustre cette même étude. On retrouve dans le discours des patients alcoolodépendants hospitalisés les termes suivants à propos de l'activité physique <sup>[25]</sup>: « *retrouver une forme physique, se réapproprier son corps, se relaxer, plaisirs, retrouver confiance en soi, se projeter dans l'avenir, retrouver une vie sociale, gérer ses consommations ...* » Autant d'avantages dont le patient a ou doit avoir conscience pour lui permettre une reprise de l'activité physique et un meilleur contrôle de ses consommations.

Lors d'un sevrage ambulatoire ou hospitalier, il n'est pas évident de mettre en place toutes les stratégies d'accompagnements. L'activité physique semble pouvoir apporter une aide dans la démarche du patient alcoolodépendant, elle est souvent encouragée et expliquée mais rarement mise en place lors du sevrage. Par l'intermédiaire de cette étude nous allons essayer de répondre à cette question : Y a-t-il une évolution dans la pratique de l'activité physique chez le patient alcoolodépendant après sevrage ?



## **II. Matériel et méthode :**

Notre étude consistait à noter l'évolution de la pratique de l'activité physique après un sevrage hospitalier chez l'alcoolodépendant. Les objectifs secondaires étant d'évaluer l'accompagnement du patient en se basant sur l'estime de soi et noter l'évolution en fonction de l'activité physique. Enfin, nous avons cherché à déterminer l'évolution des motivations et freins à cette pratique après sevrage. Problématiques nous permettant d'obtenir des paramètres indispensables à la mise en place ultérieure d'une meilleure prise en charge du patient alcoolodépendant.

### **1. Méthodologie :**

Une étude quantitative nous a permis de répondre à ces problématiques, avec un questionnaire présenté aux patients alcoolodépendants en début de sevrage hospitalier, et présenté à nouveau à 1 mois puis 3 mois, avec comparaison de données appariées avant/après.

Les questionnaires ont été présentés lors d'entretiens individuels en présentiel au début du sevrage, puis par entretiens téléphoniques à 1 et 3 mois.

Le recueil de données a été effectué entre juillet 2014 et février 2015, les premiers mois étaient consacrés à l'inclusion des patients.

### **2. Centre participant :**

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers et son unité d'hospitalisation en addictologie au sein du service de psychiatrie et d'addictologie (ex Fiessinger 1). L'unité comprend 18 lits et accueille des patients ayant des conduites addictives en lien avec la consommation de substances psycho actives. La grande majorité des hospitalisations sont pour des sevrages en alcool, d'une durée moyenne de 8 à 10 jours. Tous les patients hospitalisés sont admis à leur demande et en accord avec l'équipe soignante.

Le programme comprend une prise en charge médicamenteuse pour le « sevrage physique », une visite quotidienne du médecin ou de l'interne, une prise en charge psychothérapique individuelle (entretiens avec les infirmières, la psychologue, le médecin et l'assistante sociale selon les besoins) et groupale à travers des ateliers thérapeutiques.

### **3. Population cible :**

Les patients inclus étaient hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation en addictologie du CHU d'Angers, âgés de 18 à 65 ans (population active), uniquement des hommes, et alcoolodépendant selon les critères du DSM IV, système de classification utilisé dans le service. Les patients devaient également répondre aux critères suivants :

- Sevrage en alcool exclusif
- Pas de co-dépendance autre que le tabac
- Pas de comorbidité somatique « lourde »
- Pas de comorbidité psychiatrique, ou pathologie équilibrée depuis plus de six mois.
- Pas de post cure de programmée après sevrage
- Pas de contre indication à la pratique d'une activité physique

Les patients étaient ensuite triés sur dossier en fonction des critères d'inclusions/exclusions, avant de leur présenter l'étude et le questionnaire et d'obtenir leur consentement oral.

### **4. Le questionnaire :**

Il nous a permis, dans un premier temps, de récupérer quelques données socio-démographiques, comme l'âge ou le statut professionnel, mais également de savoir si il s'agissait du premier sevrage hospitalier ou non. Puis le questionnaire se divise en trois parties, chacune dépendante d'un questionnaire ou d'une échelle validé :

- L'activité physique : évaluée à partir de l' « International Physical Activity Questionnaire » (IPAQ) <sup>[Annexe4]</sup>
- L'estime de soi : évaluée par l' « Inventaire du Soi Physique » (ISP) <sup>[Annexe5]</sup>
- La motivation et les freins à l'activité physique : évalués respectivement par l' « Echelle de Motivation dans le Sport » (EMS) et le « Barriers to Physical Activity » (BAPA) <sup>[Annexe 6;7]</sup>

### ***a. L'activité physique :***

Elle a été étudiée par la version courte de l'IPAQ <sup>[Annexe4]</sup>. Il s'agit d'un questionnaire de rappel de l'activité physique réalisée sur les sept derniers jours. Il explore différents domaines de l'activité physique (liée au travail, aux déplacements, de loisir ...), regroupés en quatre groupes : les activités intenses, modérées, la marche et enfin le temps passé assis. (Nous n'avons pas tenu compte de ce dernier, car il ne rentre pas dans le calcul de la dépense énergétique). Chacune des parties détaillant le temps passé à réaliser ces activités, et devant être réalisées pendant un minimum de 10 minutes pour être comptabilisées. Ont été pris en compte les sept derniers jours avant l'hospitalisation des patients.

Les activités physiques considérées comme intenses faisaient référence aux activités qui font respirer beaucoup plus difficilement que normalement (bécher, faire du VTT ...). Pour les activités dites modérées, étaient considérées celles qui faisaient respirer un peu plus difficilement que normalement (passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ...).

Les déclarations de fréquence, de durée et l'attribution d'un équivalent métabolique (MET) à chaque activité physique permettent le calcul d'un score continu de dépense énergétique en MET-min/semaine pour l'activité physique totale, et par domaine. Un MET est le rapport de la dépense énergétique au cours d'une activité donnée sur la dépense énergétique de repos.

A titre d'exemple, 1 heure de natation répartie sur 2 jours, équivaut à 1 heure de tâches ménagères réparties sur 4 jours et correspond à 1 heure de marche sur 5 jours, soit une dépense énergétique d'environ 1000 MET-min/semaine.

La fiabilité et la validité de la version française de cet outils ont été validées chez une population de patients diabétiques <sup>[26]</sup>, et largement employé aujourd'hui dans de nombreuses études notamment par l'INPES <sup>[18]</sup>. La dépense énergétique (DE) en MET-min/semaine nous a permis de comparer l'activité physique chez le sujet alcoolodépendant aux différents temps de l'étude, et était notre critère de jugement principal.

### ***b. L'estime de soi :***

Le « Physical Self-Perception Profile » (PSPP) proposé en 1989 par Fox et Corbin, est un inventaire hiérarchique d'estime de soi relatif au domaine corporel. Il a été illustré par la figure 3 dans l'introduction. Nino D *et al* <sup>[22]</sup> ont proposé et validé une adaptation française de ce questionnaire : l'« Inventaire du Soi Physique » (ISP), que nous avons utilisé dans l'étude. Il comprend dans sa forme complète 25 questions illustrant chaque sous domaine de la structure hiérarchique : L'estime Globale de Soi (EGS), la Valeur Physique Perçue (VPP), la Condition Physique (CP), la Compétence Sportive (CS), la Force Physique (FP) et enfin l'Apparence Physique (AP).

Compte tenu de la population étudiée, seul les items faisant référence à l'image de soi, sa valeur, au bien-être et non à la compétence ont été étudiés, les items EGS et VPP ont été retenus et regroupés dans un questionnaire à 10 items : ISP 10 <sup>[22]</sup> <sup>[Annexe5]</sup>. Les items sont ordonnés de manière séquentielle, et la moitié sont formulés de façon inversée. Le sens de chaque question amène donc à une pondération de 1 point (pas du tout) à 6 points (tout à fait) pour les items positifs et inversement pour les items négatifs. Soit un maximum de 60 points pour l'estime de soi dans le domaine corporel (ESDC).

### ***c. La motivation :***

L'échelle de motivation dans le sport décrite et validée par Nathalie M. Brière *et al* <sup>[24]</sup> en 1995 a été utilisée dans notre étude pour analyser le ressenti des patients pour une activité physique : la motivation à entretenir son corps, la confiance en soi, le bien être ressenti dans l'activité physique, mais également dans le quotidien et notamment dans la démarche de soin du patient alcoolodépendant.

L' EMS regroupe sous 28 items trois domaines de motivation : la motivation *intrinsèque* et *extrinsèque*, elles-mêmes divisées en 3 sous domaines, et enfin *l'amotivation*. Nous avons retenu pour notre étude, dans un soucis de faisabilité, l'item qui nous paraissait correspondre le mieux aux objectifs développés pour chaque domaine et sous domaine de la motivation, soit un total de 7 questions <sup>[Annexe 6]</sup>. Le sens de chaque question amènera une pondération de 1 point (correspond pas du tout) à 7 points (correspond très fortement) pour les items positifs et inversement pour les items négatifs. Soit un maximum de 49 points pour la motivation.

#### ***d. Les freins :***

L'échelle BAPA a été employée afin de mettre en avant les limites et freins à effectuer une activité physique chez le patient alcoolodépendant. Questionnaire régulièrement utilisé dans le cadre de pathologies chroniques comme le diabète, et notamment validé pour cette maladie en 2005 par l'étude de M-C Dubé *et al* <sup>[27]</sup>. Nous avons adapté les différents items pour le patient alcoolodépendant, avec 10 questions <sup>[Annexe 7]</sup>, chaque réponse donnant droit à une pondération de 1 point (pas du tout d'accord) à 5 points (tout à fait d'accord). Soit un maximum de 50 points pour les freins à la pratique de l'activité physique.

#### **5. Les statistiques :**

Les variables quantitatives ont été analysées par le *test de Student pour données appariées*, nous permettant ainsi une comparaison entre les trois temps de l'étude. Le *test de Student* a été employé pour croiser les données des différents questionnaires. Le seuil de signification retenu était de 5% ( $p < 0,05$ ). Les variables quantitatives continues ont été présentées sous forme de moyenne et déviation standard ( $\pm DS$ ).

### **III. Résultats :**

#### **1. L'échantillon :**

Il a été recueilli 33 dossiers, parmi lesquels 2 perdus de vue qui n'ont pas été intégrés dans l'étude. Les 31 sujets restant étaient âgés de 24 à 54 ans, pour un âge médian de 40 ans. 50% des patients avaient une activité professionnelle (15 contre 16), et pour 35% des sujets il s'agissait de leur premier sevrage en milieu hospitalier (11 contre 20). Le questionnaire leur a été présenté au cours de l'hospitalisation, au bout d'une journée médiane de 4 jours, et s'étalait du premier au dixième jour.

## 2. L'activité physique :

### a. Dépenses énergétiques totales :

Le questionnaire IPAQ nous a permis de récupérer des données de dépenses énergétiques, comme représentées dans la figure 4 :

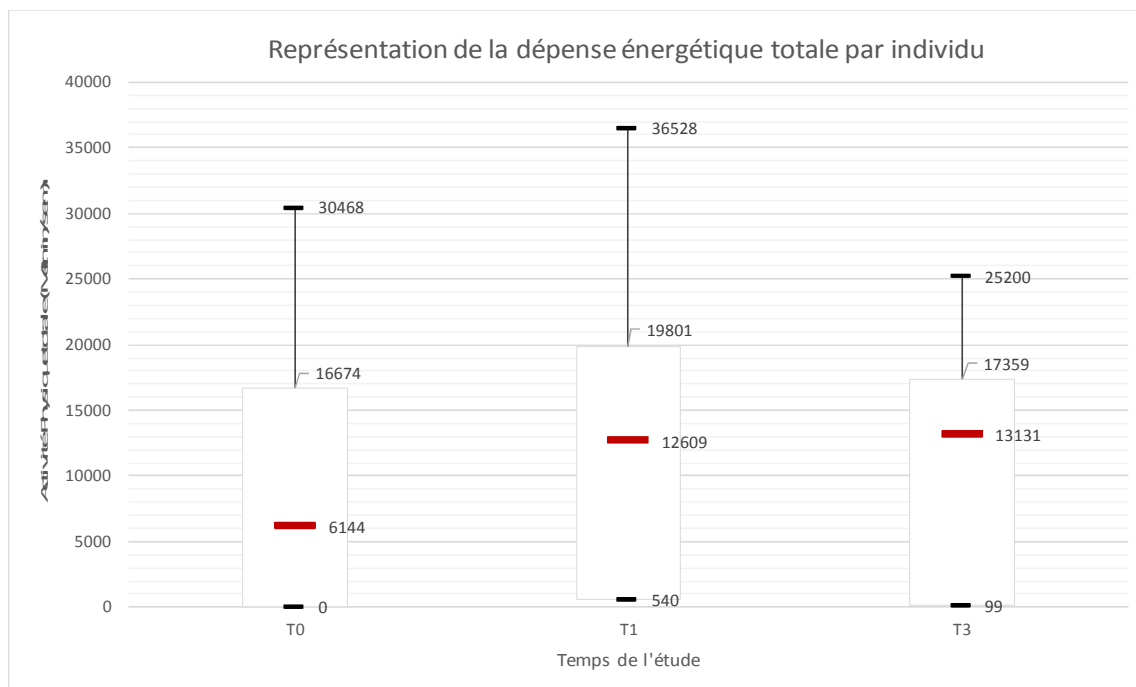


Figure 4 : Représentation de la dépense énergétique totale individuelle (Met-min/sem) aux trois temps de l'étude.

Entre T0 et T1 il a été constaté un gain en dépense énergétique significatif ( $p=0,0019$ ), pour une augmentation de la DE moyenne de 46%, gain en DE constaté chez 74% des patients. Une majoration de la DE a été mise en évidence entre T0 et T3 mais non significative ( $p=0,185$ ), cette augmentation était présente chez 58% des patients, pour un gain de la DE moyenne de 14,5% . Il a été mis en évidence une perte significative ( $p=0,0048$ ) de DE entre T1 et T3, diminution constatée chez 75% des patients, pour une perte de la DE moyenne de 21,6%.

Tableau I : Dépense énergétique moyenne totale ( $\pm DS$ ) aux différents temps de l'étude.

	T0	T1	T3
<b>Dépense énergétique moyenne (Met-min/sem)</b>	10216 ( $\pm 9185$ )	14912 ( $\pm 9238$ )	11695 ( $\pm 7400$ )

Tableau II : Variation moyenne individuelle ( $\pm$ DS) de la dépense énergétique totale entre les différents temps de l'étude.

	T0-T1	T0-T3	T1-T3
<b>Variation Moyenne (Met-min/sem)</b>	4695 ( $\pm$ 7690)	1478 ( $\pm$ 6071)	-3217 ( $\pm$ 590)

**b. Dépenses énergétiques par activité :**

La figure 5 illustre l'évolution des DE moyennes pour les trois activités étudiées avec une augmentation significative entre T0 et T1 pour les activités intenses, modérées et la marche, et avec un gain respectif de 64%, 50% et 28% ( $p=0,018$ ;  $p=0,0053$  et  $p=0,04$ ).

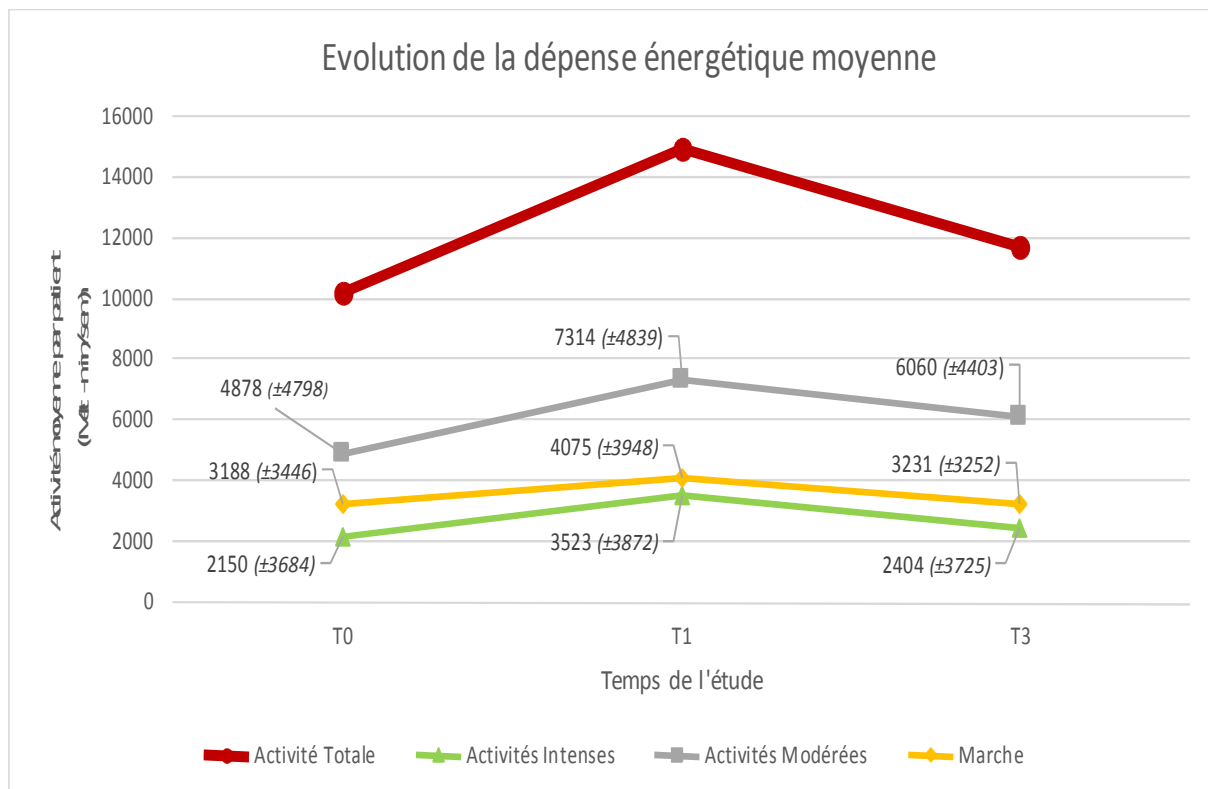


Figure 5 : Évolution de la dépense énergétique moyenne ( $\pm$ DS) (MET-min/sem) par activité, et aux différents temps de l'étude.

Il y avait un gain en DE moyenne, non significatif, entre T0 et T3, pour les trois activités, avec une augmentation de 12% pour les activités intenses, 24% pour les activités modérées et 1,5% pour la marche ( $p=0,471$ ;  $p=0,129$  et  $p=0,134$ ). Baisse non significative entre T1 et T3 de 31,5%, 17% et 20% , respectivement pour les activités intenses, modérées et la marche ( $p=0,102$ ;  $p=0,159$ ;  $p=0,134$ ).

La répartition de chaque activité aux différents temps de l'étude est illustrée par la figure 6 :

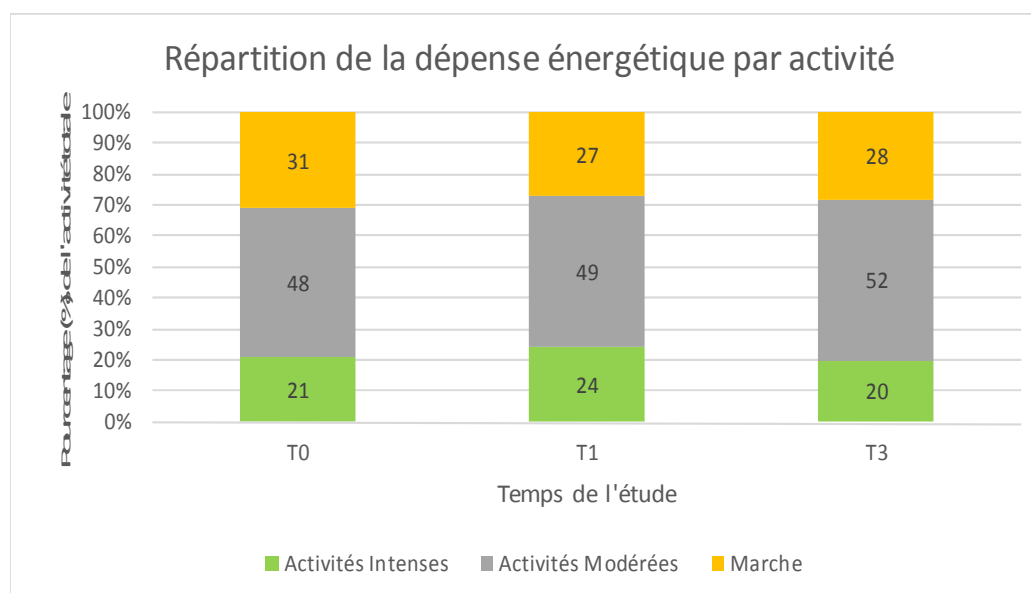


Figure 6 : Répartition (%) de la dépense énergétique par activité, et aux différents temps de l'étude.

### ***c. Dépenses énergétiques et statuts socio-professionnels :***

Tableau III : Dépenses énergétiques moyennes totales ( $\pm$ DS) en Met-min/sem aux différents temps de l'étude et en fonction des critères socio-démographiques.

	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>T3</b>
<b>Patients <math>\leq</math> à 40 ans</b>	11709 ( $\pm$ 9899)	17554 ( $\pm$ 9634)	12780 ( $\pm$ 7155)
<b>Patients <math>&gt;</math> à 40 ans</b>	8402 ( $\pm$ 8224)	11703 ( $\pm$ 7906)	10377 ( $\pm$ 7743)
<b>Patients ayant une activité professionnelle</b>	13065 ( $\pm$ 8889)	14778 ( $\pm$ 9356)	13165 ( $\pm$ 7359)
<b>Patients sans activité professionnelle</b>	7545 ( $\pm$ 8812)	15037 ( $\pm$ 9432)	9080 ( $\pm$ 7203)
<b>Premier sevrage hospitalier</b>	12810 ( $\pm$ 9819)	18897 ( $\pm$ 9986)	13623 ( $\pm$ 8000)
<b>Plusieurs sevrages hospitaliers</b>	8789 ( $\pm$ 8743)	12720 ( $\pm$ 8246)	10634 ( $\pm$ 7032)



Il n'a pas été constaté de différence significative, entre les différents temps de l'étude, en terme de dépense énergétique moyenne, en fonction de l'âge ou du nombre de sevrage. Il y avait un gain significatif ( $p=0,037$ ) entre T0 et T1 chez les patients n'ayant pas d'activité professionnelle avec une majoration de la DE moyenne de 100% contre 13% chez les patients avec une activité professionnelle. Cette augmentation n'était pas significative entre T0 et T3 ( $p=0,225$ ).

### 3. L'estime de soi :

#### a. Estime de soi totale :

Le questionnaire ISP-10 nous a permis de récupérer des données sur l'estime de soi dans le domaine corporel (ESDC), sur un score total de 60 points, comme représentées dans la figure 7:

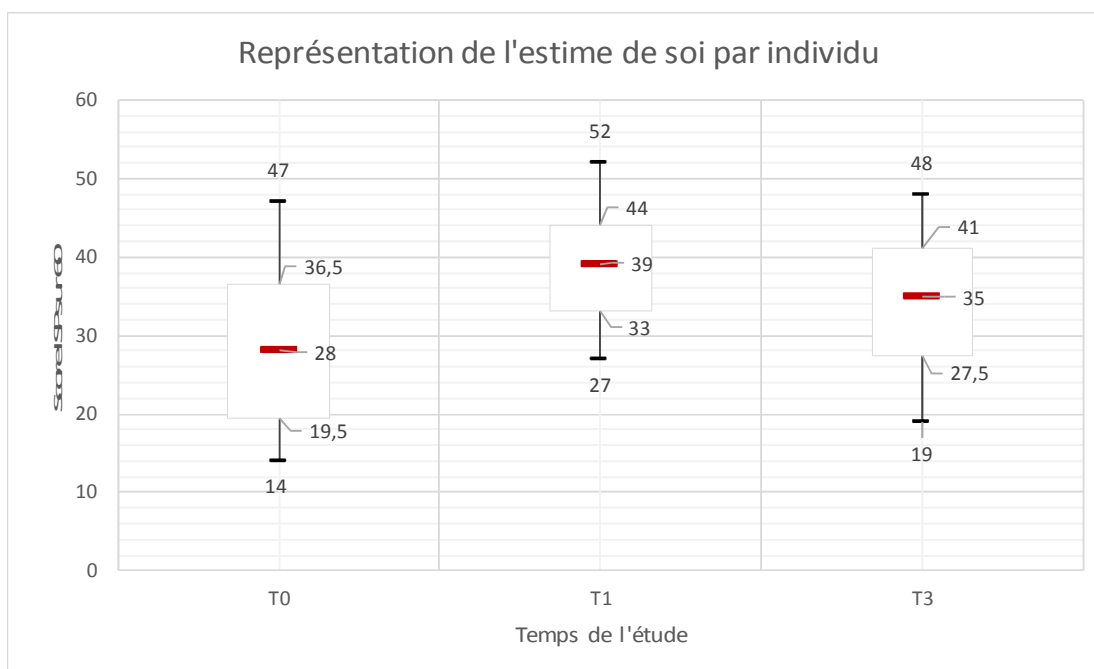


Figure 7 : Représentation de l'estime de soi individuelle par l'échelle ISP-10 (60 points) aux différents temps de l'étude.

Entre T0 et T1 il a été constaté une augmentation de l'estime de soi dans le domaine corporel chez 97% des individus (30 contre 1), avec une augmentation non significative ( $p=3,193$ ) de 38%, pour un gain moyen de 10 points ( $\pm 8$ ).

Entre T0 et T3 une augmentation significative ( $p=0,000157$ ) de 21% a été mise en évidence, avec un gain moyen de 6,5 points ( $\pm 8$ ), majoration présente chez 77% des patients (24 contre 7). Entre T1 et T3 il y avait une perte significative ( $p=0,000843$ ) de 12%, soit 4,5 points ( $\pm 7$ ) perdus en moyenne, chez 81% des patients (25 contre 6). Évolution illustrée par la figure 8.

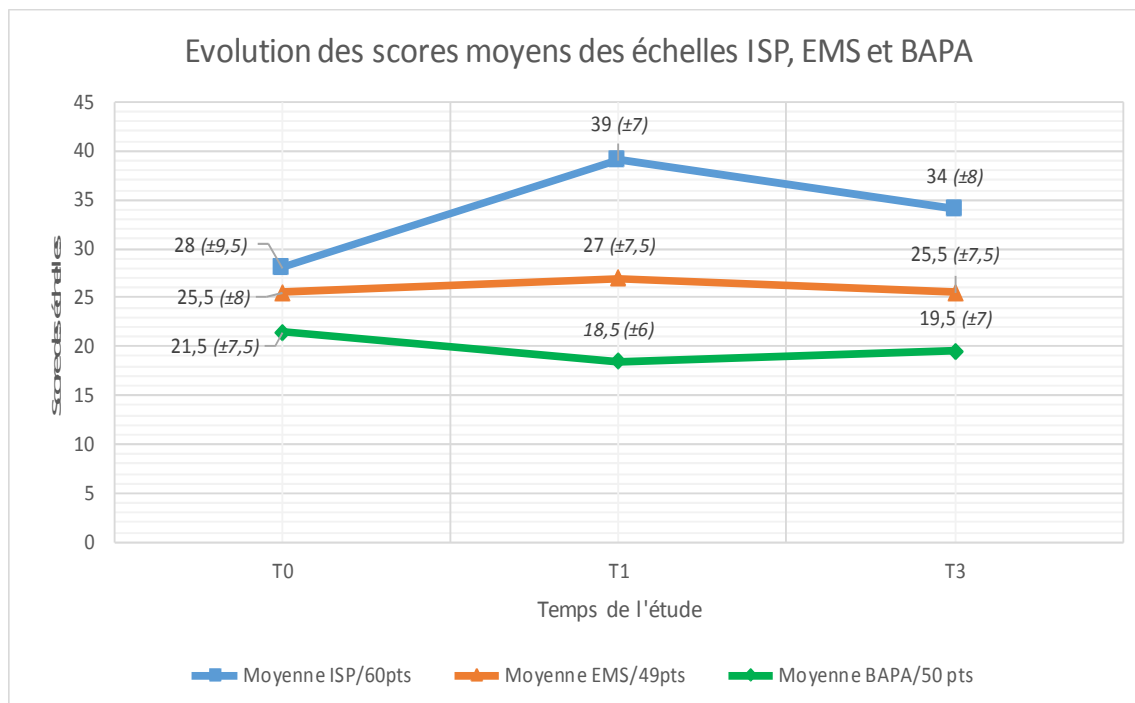


Figure 8: Évolution des scores moyens ( $\pm DS$ ) des échelles ISP, EMS et BAPA entre les trois temps de l'étude.

### ***b. Dépenses énergétiques et estime de soi :***

Entre T0 et T1, il n'y avait pas de différence significative ( $p=0,466$ ) au score ISP moyen entre les patients ayant augmentées leur dépense énergétique et ceux ne l'ayant pas augmentée, avec respectivement un gain moyen de 10,6 ( $\pm 7,5$ ) points contre 10,8 ( $\pm 10,5$ ) points.

Il n'y avait pas de différence significative ( $p=0,295$ ) entre T0 et T3 au score ISP moyen entre les patients augmentant leur dépense énergétique et ceux ne l'augmentant pas, avec respectivement un gain moyen de 5,3 ( $\pm 7$ ) points contre 7 ( $\pm 9,5$ ) points.

Il n'a pas été constaté de différence significative ( $p=0,368$ ) entre T1 et T3 au score ISP moyen entre les deux groupes avec une perte moyenne de 1,8 ( $\pm 7,2$ ) points au score ISP moyen chez les patients augmentant leur activité physique entre T1 et T3 contre une perte moyenne de 5,7 ( $\pm 6,8$ ) points pour les autres.

Tableau IV : Score moyen ( $\pm$ DS) de l'ISP sur 60 points en fonction des patients augmentant ou non leur dépense énergétique aux différents temps de l'étude.

	T0	T1	T3
<b>Augmentation de la DE entre T0-T1 (n=23)</b>	26 ( $\pm$ 9)	38 ( $\pm$ 6)	-
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T0-T1 (n=8)</b>	30 ( $\pm$ 11)	41 ( $\pm$ 9,5)	-
<b>Augmentation de la DE entre T0-T3 (n=18)</b>	27,5 ( $\pm$ 9,5)	-	33 ( $\pm$ 8,5)
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T0-T3 (n=13)</b>	29 ( $\pm$ 9,5)	-	36 ( $\pm$ 7)
<b>Augmentation de la DE entre T1-T3 (n=8)</b>	-	38 ( $\pm$ 9)	36,5 ( $\pm$ 7)
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T1-T3 (n=23)</b>	-	39 ( $\pm$ 6,5)	33,5 ( $\pm$ 8,5)

#### 4. La motivation :

##### a. La motivation totale :

Nous avons représenté les résultats du questionnaire EMS, évaluant la motivation à la pratique d'activités physiques par la figure 9.

Entre T0-T1 et T0-T3 nous avons constaté une augmentation non significative ( $p=0,054$  et  $p=0,685$ ) du score EMS moyen respectivement de 7,5% et 1,1% représentant un gain moyen de 2 ( $\pm$ 5) et 0,3 ( $\pm$ 5,5) points. Majoration concernant 65% des sujets au T1 et 42% au T3.

Entre T1 et T3 il y avait une baisse non significative ( $p=0,109$ ) de 5,9% au score EMS moyen représentant une perte moyenne de 1,6 ( $\pm$ 5,5) points au score, la diminution était constatée chez 74% des patients. Tendances illustrées par la figure 8.

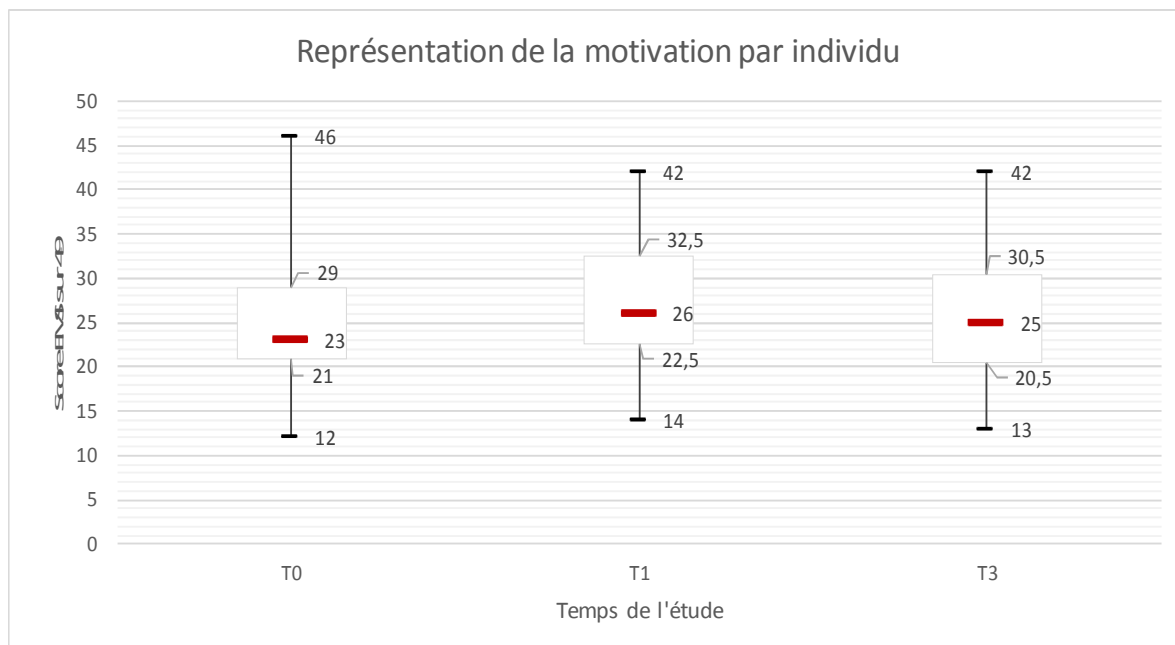


Figure 9 : Représentation de la motivation individuelle par l'échelle EMS (49 points) aux différents temps de l'étude.

### ***b. Dépenses énergétiques et motivation :***

Tableau V : Score moyen ( $\pm$ DS) de l'EMS sur 49 points en fonction des patients augmentant ou non leur dépense énergétique aux différents temps de l'étude.

	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>T3</b>
<b>Augmentation de la DE entre T0-T1 (n=23)</b>	23,5 ( $\pm$ 5,5)	27 ( $\pm$ 6,5)	-
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T0-T1 (n=8)</b>	30,5 ( $\pm$ 11,5)	27 ( $\pm$ 9,5)	-
<b>Augmentation de la DE entre T0-T3 (n=18)</b>	24,5 ( $\pm$ 5,5)	-	25,5 ( $\pm$ 7)
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T0-T3 (n=13)</b>	26 ( $\pm$ 10)	-	26 ( $\pm$ 9)
<b>Augmentation de la DE entre T1-T3 (n=8)</b>	-	26,5 ( $\pm$ 9,5)	29 ( $\pm$ 10)
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T1-T3 (n=23)</b>	-	27,5 ( $\pm$ 6,5)	24,5 ( $\pm$ 6,5)

Il n'y avait pas de différence significative au score EMS moyen entre les patients ayant augmentés leur dépense énergétique et ceux ne l'ayant pas augmenté, entre les temps T0-T1, T0-T3 et T1-T3 (  $p=0,612$  ;  $p=0,284$  et  $p=0,278$  )

Entre T0-T1, il y avait respectivement un gain moyen de 3,6 ( $\pm 4,5$ ) points contre une perte moyenne de 3,1 ( $\pm 4,2$ ) points.

Entre T0-T3, il y avait respectivement un gain moyen de 1,1 ( $\pm 5,5$ ) points contre une perte moyenne de 0,8 ( $\pm 5$ ) points.

Entre T1-T3, il y avait respectivement un gain moyen de 2,4 ( $\pm 5,3$ ) points contre une perte moyenne de 3 ( $\pm 4,9$ ) points.

## 5. Les freins :

### a. Freins totaux :

Les résultats au questionnaire BAPA adapté représentant les freins à la pratique d'activité physique ont été mis en valeur dans la figure 10 :

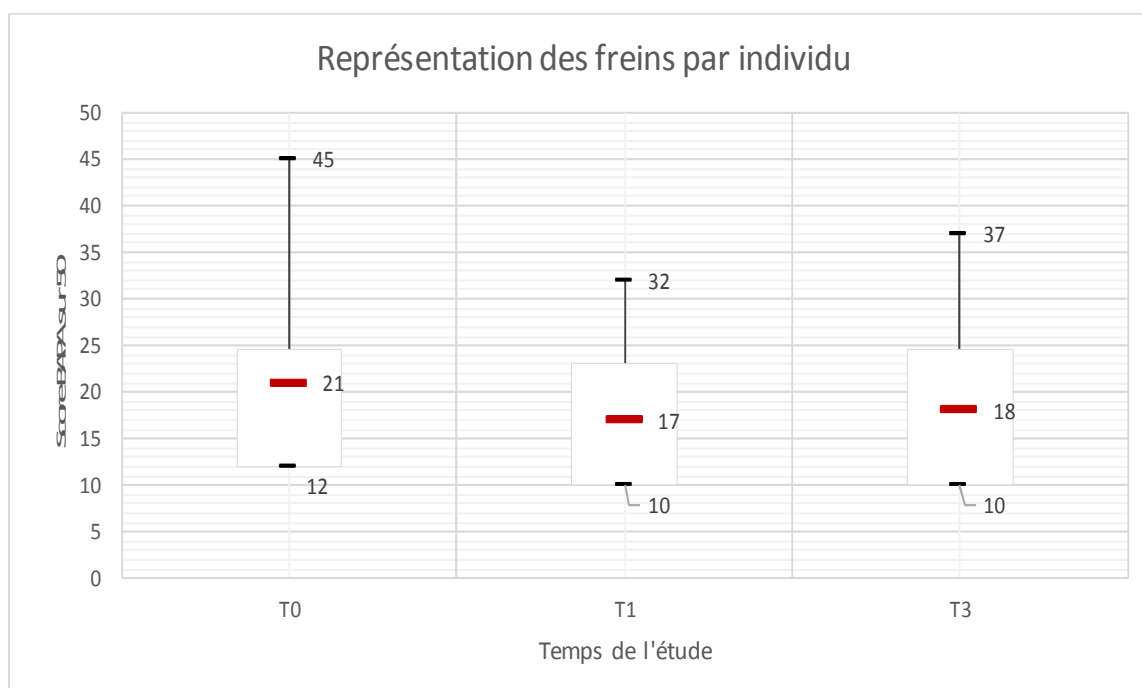


Figure 10 : Représentation des freins individuels à la pratique d'activité physique par l'échelle BAPA adaptée (50 points), aux différents temps de l'étude.

Entre T0-T1 et T0-T3 il y avait une baisse significative des freins à la pratique de l'activité physique ( $p=0,00962$  et  $p=0,0129$ ), respectivement de 13% et 10%. Elle concernait 21 individus au T1, pour une baisse moyenne de  $2,7(\pm 5,5)$  points au questionnaire BAPA et 24 individus au T3 pour une baisse moyenne de  $2,1(\pm 4,5)$  points au questionnaire. Entre T1 et T3 on a constaté une augmentation des freins de 3,2%, non significative ( $p=0,471$ ) concernant 16 individus. Illustration des résultats dans la figure 8.

### ***b. Freins et items :***

L'analyse du questionnaire BAPA adapté nous a permis de mettre en évidence trois items qui ressortaient, avec des patients « plutôt d'accord » ou « tout a fait d'accord » (4 ou 5 points) avec l'affirmation, aux T0 et T3.

L'affirmation « *d* », « *j'ai peur de ne pas avoir une forme physique suffisante* » était présente chez 74% des patients à T0 et chez 68% d'entre eux à T3.

L'affirmation « *i* », « *Par manque d'information sur les bénéfices de l'activité physique sur ma maladie* », avec 61% des patients en accord avec cet item à T0 et 52% à T3 .

L'affirmation « *f* », « *J'ai peur de faire une activité physique seul* », avec 55% des patients en accord à T0 et 42% à T3.

Toutes les autres affirmations étaient présentes chez moins de 50% des patients aux différents temps.

### ***c. Dépenses énergétiques et freins :***

Entre T0 et T1, il n'y avait pas de différence significative ( $p=0,293$ ) au score BAPA adapté moyen entre les patients ayant augmentés leur dépense énergétique et ceux ne l'ayant pas augmenté, avec respectivement une perte moyenne de 4 ( $\pm 6$ ) points contre un gain moyen de 0,5 ( $\pm 2,8$ ) points.

Il n'y avait pas de différence significative ( $p=0,546$ ) entre T0 et T3 au score BAPA adapté moyen entre les patients augmentant leur dépense énergétique et ceux ne l'augmentant pas, avec respectivement une perte moyenne de 2,2 ( $\pm 5,3$ ) points contre une perte moyenne de 2 ( $\pm 3$ ) points.

Entre T1 et T3 il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ( $p=0,701$ ) au niveau du score BAPA adapté moyen, avec respectivement une perte moyenne de 2,2 ( $\pm 3,4$ ) points contre un gain moyen de 1,6 ( $\pm 4,6$ ) points.

Tableau VI: Score moyen ( $\pm$ DS) du BAPA adapté sur 50 points en fonction des patients augmentant ou non leur dépense énergétique aux différents temps de l'étude.

	T0	T1	T3
<b>Augmentation de la DE entre T0-T1 (n=23)</b>	22 ( $\pm$ 8)	18 ( $\pm$ 5,5)	-
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T0-T1 (n=8)</b>	20 ( $\pm$ 6)	21 ( $\pm$ 7,5)	-
<b>Augmentation de la DE entre T0-T3 (n=18)</b>	21 ( $\pm$ 6)	-	19 ( $\pm$ 7)
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T0-T3 (n=13)</b>	22 ( $\pm$ 9)	-	20 ( $\pm$ 8)
<b>Augmentation de la DE entre T1-T3 (n=8)</b>	-	20,5 ( $\pm$ 6,3)	18,5 ( $\pm$ 7)
<b>Pas d'augmentation de la DE entre T1-T3 (n=23)</b>	-	18 ( $\pm$ 6)	19,5 ( $\pm$ 7)

## **IV. Discussion et conclusion :**

Le premier objectif de l'étude était de noter l'évolution de l'activité physique du sujet alcoolodépendant après un sevrage hospitalier . De plus, nous souhaitons évaluer le retentissement de l'activité physique sur l'accompagnement du patient en terme d'estime de soi. Attardons-nous dans un premier temps sur les limites et avantages de l'étude.

### **1. Limites et avantages :**

#### ***a. La population :***

Le choix d'un service hospitalier pour le recueil de données nous a permis d'avoir accès à un plus grand nombre de patients et dossiers pour la réalisation de l'étude et ainsi de centraliser les recherches. Population qui reste moins représentative des patients alcoolodépendants car seulement 10 à 30% ont recours au sevrage résidentiel <sup>[14]</sup>. L'ensemble des critères d'inclusion/exclusion nous a permis de cibler une population précise plus proche des patients rencontrés en médecine de ville, mais a limité le nombre de patient inclus dans l'étude, le faible échantillonnage réduisant les possibilités de significativité des résultats.

Enfin, nous ne maîtrisons pas l'accompagnement individuel des patients, le seul critère étant la non participation à une post cure. Mais qu'en est-il du suivi par le médecin traitant, la psychologue, les thérapies cognitivo comportementales, les stratégies de coping en post sevrage, propre à chaque patient et pouvant influencer sur les différents résultats.

### ***b. L'étude :***

Il s'agit d'une étude longitudinale avec évaluation à trois temps, ce qui a pour avantage de donner une description plus précise et exacte du développement de l'individu en terme d'activité physique, mais également sur l'estime de soi, la motivation et les freins. Nous avons ainsi pu mettre en évidence des différences intra-individuelles et un lien de causalité entre les différents facteurs. Malheureusement, la répétition des interventions identiques sur la même population engendre un biais d'entraînement. De plus, il est nécessaire d'étudier les individus sur une plus longue durée pour avoir des résultats interprétables mais expose à un grand nombre de perdus de vue. Raison pour laquelle nous avons limité notre étude à 3 mois, permettant seulement une évaluation à court terme.

Enfin, peu d'études antérieures se sont attachées à évaluer l'activité physique du patient alcoolodépendant par une étude quantitative longitudinale. Les différentes études évaluent le retentissement de l'activité physique adaptée pendant une post cure <sup>[21;23]</sup>, ou évaluent les bienfaits de l'activité physique chez le sujet alcoolodépendant par l'intermédiaire d'une étude qualitative <sup>[25]</sup>. Il semble aujourd'hui intéressant d'étudier l'activité physique du patient en dehors d'une structure et ainsi de mieux répondre à ses besoins.

### ***c. Le questionnaire :***

L'ensemble de l'étude est basé sur des questionnaires, et donc sur la parole des patients. Il s'agit d'une auto évaluation qui engendre systématiquement de nombreux biais : de mémoire, de déclaration, de compréhension et de désirabilité.

La mesure de l'activité physique par le questionnaire IPAQ est subjective, il peut engendrer une déclaration par excès, il est possible que les participants aient rapporté plus d'activité physique pour paraître plus observant.



Dans l'étude EUPASS (European Physical Activity Surveillance System), le IPAQ court a permis de mesurer, dans un échantillon de la population générale française (n=599), une activité physique totale médiane de 3826 MET.min/sem et pour l'ensemble de la population des 8 pays européens participants (n=4995) une activité physique totale médiane de 2970 MET.min/sem <sup>[3]</sup>. Ces niveaux d'activité physique restaient bien inférieurs à ceux observés dans notre population, avec une dépense énergétique médiane de 6144 MET.min/sem à T0, 12609 MET.min/sem à T1 et 13131 MET.min/sem à T3, confirmant des niveaux forts d'activité physique déclarés dans notre échantillon. De plus, l'OMS définit un seuil d'activité physique minimum favorable à la santé, seuil retrouvé dans les différentes études de l'INPES, de 3000 MET.min/sem regroupant une combinaison d'activités intenses, modérées et de marche sur sept jours <sup>[3]</sup>. Notre étude retrouvant une dépense énergétique moyenne respectivement de 10216, 14912 et 11695 MET.min/sem aux trois temps de l'étude, ce qui semble difficilement envisageable si l'on suit les différentes études sur le patient alcoolodépendant, décrit comme inactif et présentant un mal être physique important <sup>[9;10;11;16;25]</sup>.

A noter qu'une étude utilisant l'IPAQ court chez le patient diabétique a mis en évidence que l'activité physique intense est facilement évaluable, mais que l'activité physique légère peut être faussement assimilée à de l'activité modérée et ainsi être comptabilisée à tort<sup>[28]</sup>. Ceci peut être particulièrement vrai chez les patients alcoolodépendants qui présentent souvent une faible forme physique avant et en début de sevrage.

En revanche, le questionnaire IPAQ court a l'avantage de mesurer l'activité physique dans tous les domaines et de donner une mesure globale, en se basant sur l'intensité et non sur le type d'activité. Il reste justifié et important dans notre étude pour évaluer l'évolution de l'activité physique. Il a également pour avantage d'être réalisé lors d'entretien avec un professionnel, augmentant la qualité des données collectées et le taux de réponse par rapport aux questionnaires auto administrés. De plus, il facilite la compréhension des questions et s'assure que la réponse est cohérente avec ce qui est attendu. Il en est de même avec les questionnaires ISP, EMS et BAPA .

Enfin, le questionnaire IPAQ a été testé et validé chez une population de patients diabétiques, c'est à dire présentant une pathologie chronique impliquant également une prise en charge plu ri-disciplinaire. Validité concurrente de cet outils pour la mesure de la dépense énergétique totale versus un podomètre avec un coefficient de Pearson à  $r=0,24$  <sup>[26]</sup>.

## **2. Les résultats :**

### ***a. Activité physique et freins :***

L'étude nous permet de mettre en évidence une augmentation significative de l'activité physique chez les patients alcoolodépendants en post sevrage hospitalier. Il est important de noter la cinétique plus que la dépense énergétique en elle-même, comme nous l'avons expliqué précédemment, et de constater une augmentation de la DE moyenne de 46% à 1 mois, et de 14,5 % à 3 mois. Ces résultats illustrent la volonté et l'adhésion des patients hospitalisés pour sevrage de reprendre une activité physique comme décrit dans l'étude de Rossard Y. en 2011<sup>[25]</sup>.

Ils prennent conscience des bienfaits sur le plan physique, psychologique et social, de l'apport d'une activité physique régulière. L'information et le soutien psycho-thérapeutique initiés lors du sevrage semblent bénéfique aux patients.

La dépense énergétique est répartie de façon stable entre les trois temps de l'étude avec environ 50% pour les activités modérées et 25% pour la marche et les activités intenses. Cela semble logique, les patients étant pour la plupart dans une forme physique insuffisante pour leur permettre de reprendre immédiatement des activités intenses. La part de la marche nous apparaît comme insuffisante, elle semble plus facile d'accès et tout aussi bénéfique pour la santé, comme illustré dans de nombreuses études, et devrait donc prendre une part plus importante.

Il est également important de noter la diminution significative de dépense énergétique estimée à 21,6% entre le 1er et le 3ème mois. Les patients semblent avoir des difficultés à maintenir cet élan, également mis en avant par l'étude de Rossard Y. expliquant les craintes et réticences des patients. Notre étude met en parallèle l'augmentation de la DE avec une diminution significative des freins à la pratique d'activités physiques par le score au questionnaire BAPA adapté, mais également une augmentation de ces freins avec la baisse de la DE entre T1 et T3.

Les patients semblent vite rattrapés par leurs doutes et limites pour poursuivre une activité physique régulière bénéfique. On retrouve ces éléments dans le travail de Rossard Y. en 2011, à savoir « la peur de pratiquer une activité physique seul » et « la peur de ne pas avoir une forme physique suffisante », qui témoignent de l'importance d'une structure et de l'aide à apporter pour la mise en place des activités physiques. Il en est de même avec le manque d'information dont témoigne une majorité des patients dans notre étude, qui nécessite une remise en cause du travail d'information réalisé lors du sevrage.

La peur (de l'échec, de la blessure), la trop courte durée de l'hospitalisation, le manque d'encadrement et le peu de propositions d'activités sont d'autres éléments pouvant limiter la réalisation d'activité physique en post sevrage.

### ***b. Activité physique et motivation :***

La courbe d'évolution du score EMS de motivation est symétrique à la courbe d'évolution de la DE, et donc de la pratique d'activités physiques. Elle présente peu d'amplitude, des variations faibles et non significatives. Il paraît logique de penser qu'une augmentation de la motivation à la pratique d'activités physiques augmente la dépense énergétique des patients. Mais chez l'alcoolodépendant le manque de motivation notamment induit par la consommation excessive d'alcool est parfois un frein majeur à une reprise de l'activité physique; l'abus d'alcool est même parfois source de démotivation (connu sous le terme de syndrome amotivationnel). Les patients ont toujours l'empreinte psychologique du produit, malgré le sevrage, pouvant influencer leur désir de changement.

Nous devons considérer la motivation, au même titre que l'activité physique, comme un changement de comportement nécessaire dans la démarche de soin du patient. Elle doit correspondre à un axe de travail, car elle a des répercussions dans de nombreux domaines, notamment la motivation à se reprendre en main et à lutter contre l'alcool <sup>[24]</sup>. L'étude de Mercier J.<sup>[23]</sup> montrait l'évolution positive de la motivation grâce à la pratique d'APA, non retrouvée dans notre étude, les patients augmentant leur dépense énergétique n'étant pas plus motivés. L'activité physique engagée par nos patients apparaît insuffisante ou mal orientée pour permettre ce changement.

### ***c. Activité physique et estime de soi :***

Nous assistons à la même courbe d'évolution en ce qui concerne l'estime de soi dans le domaine corporelle, avec une augmentation de 38 et 21% du score ISP-10 aux temps T1 et T3, et une perte de 12% entre le 1er et 3ème mois. En revanche, il n'a pas été mis en évidence de lien significatif avec la reprise de l'activité physique. L'estime de soi est pourtant un axe de soins privilégiés dans le sevrage en alcool et un très bon indicateur sur l'accompagnement du patient <sup>[13]</sup>. Une diminution de l'état dépressif et une augmentation des niveaux d'estime de soi globale et corporelle avaient déjà été mises en évidence dans l'étude de Ninot G. *et al* en 2003<sup>[10]</sup> chez des patients en post cure et pratiquant des activités physiques adaptées (APA) pendant les 3 mois d'hospitalisation.

Le travail de Mercier J. en 2009 met également en avant l'évolution favorable du score ISP par la pratique d'APA, mais aucune de ces études n'a évalué le retentissement à long terme de l'estime de soi et de la pratique d'activités physiques en post sevrage.

La moyenne du score ISP à 3 mois est de 34/60, ce qui reste tout à fait raisonnable compte tenu d'un score de « départ » en dessous de la moyenne à 28/60, mais l'infléchissement observé entre T1 et T3 ne présume pas d'une évolution favorable à plus long terme. Une étude de 2003<sup>[11]</sup> avait mis en évidence une majoration de l'estime de soi et de la satisfaction corporelle à 6 mois avant une diminution progressive après un sevrage hospitalier allant de neuf semaines à trois mois.

Néanmoins l'augmentation de l'estime de soi et de la satisfaction corporelle ne peuvent pas découler uniquement des activités physiques, le sevrage en alcool suffit à faire augmenter ces indices. L'étude de Besancenet *et al* de 2003<sup>[11]</sup> met en évidence une augmentation de la satisfaction corporelle et des émotions positives jusqu'à 6 mois après sevrage, en mettant en avant le cadre institutionnel, l'alliance thérapeutique et une prise en charge psychocomportementale adaptée au patient. L'activité physique apparaît donc comme l'un des outils indispensables à la prise en charge du patient et de son bien être en post sevrage, mais insuffisante car devant s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire.

### **3. Perspectives :**

L'activité physique est un comportement de santé, déterminée par l'intention et modifier cette intention doit permettre de changer de comportement. Il nécessite l'intervention d'outils adaptés qui s'intègrent dans la roue du changement selon le modèle transthéorique de changement de Prochaska et Diclemente. La pratique d'activités physiques est influencée par de nombreux facteurs : physique, psychologique, sociaux, environnementaux ... et a un impact direct sur l'estime de soi, le bien être ainsi que la motivation. Elle est un facteur de santé publique depuis 2001 et le premier Plan National Nutrition Santé (PNNS). Depuis, plusieurs plans d'interventions ont permis la promulgation de l'activité physique chez des patients atteints de pathologies chroniques et d'en faciliter l'accès, comme dans les pathologies cardio-vasculaires ou plus récemment avec le plan cancer 2014-2019<sup>[29]</sup>.

Chez le patient présentant un trouble d'usage lié à l'alcool, il est nécessaire de promouvoir l'activité physique quelque soit le stade de sa prise en charge, et notamment au décours d'un sevrage. L'intervention du médecin généraliste semble nécessaire, car 80% des patients y ont recours en post sevrage <sup>[16]</sup>. De plus, l'efficacité de la prévention dans le domaine de l'activité physique a été démontrée dans le suivi de pathologies chroniques, avec une augmentation de la pratique suite aux interventions des médecins traitants<sup>[29]</sup>. Dans la région de Strasbourg, a été mis en place depuis 2012 la prescription médicale d'activités physiques chez les patients présentant des pathologies chroniques, encadrée par l'ARS, le conseil départemental et la caisse d'assurance maladie. L'amélioration de la qualité de vie des patients a été démontrée par plusieurs études. 82% des médecins généralistes sont favorables à la prescription d'activités physiques <sup>[29,30]</sup>.

Bien évidemment, la mise en place d'un programme thérapeutique d'activités physiques chez le patient alcoolodépendant, notamment au décours d'un sevrage, nécessiterait l'évaluation de son impact par d'autres études longitudinales.

#### **4. Conclusion :**

Cette étude nous a permis de démontrer une augmentation de la pratique d'activités physiques chez le patient alcoolodépendant en post sevrage. Elle doit permettre d'améliorer l'estime de soi et d'induire un changement de comportement durable et nécessaire à son bien être. Les difficultés à maintenir une activité physique bénéfique à moyen et long terme renforcent l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire dans laquelle une activité physique réalisée si possible collectivement est proposée.

## V. Bibliographie :

1. J.B. Richard, C. Palle, R. Guignard, V. Nguyen-Thanh, F. Beck, P. Arwindson. *La consommation d'alcool en France en 2014*. INPES Évolutions 2015 ; 32 :1-6
2. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Synthèse thématique : Alcool, 2015* [en ligne] <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
3. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) Baromètre santé 2005, *Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation* [en ligne] [http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005\\_Alcool.pdf](http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Alcool.pdf)
4. D. Huas et B. Rueff, *Alcool et médecine générale*, Paris, Global Média Santé, 2011
5. SFA (Société Française d'Alcoologie). *Recommandations pour la pratique clinique, Alcoologie et Addictologie* 2001;23(4 Suppl.):1S-76S
6. SFA (Société Française d'Alcoologie). *Recommandation de bonne pratique. Mésusage de l'alcool, dépistage diagnostic et traitement*, 2014
7. Dr A. Rigaud, *le DSM-V : nouveau concept nouvelle clinique ?*, SFA, Paris, 21 Mars 2013 [en ligne] <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2013mars-Rigaud.pdf>
8. Dr. J.Y Gaignard, Dr. P. Kiritze-Topor, *L'alcoologie en pratique quotidienne*, Lyon, L'Alcoologie, 1995
9. I. Varescon, *Psychopathologie des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie*, Paris, Editions-Belin, 2005
10. G. Ninot, L. Bleyenheuft, C. Bleyenheuft, A. Warnery, J. Desplan. *Alcoolodépendants sevrés effet d'un passage en moyen séjour sur l'état dépressif et l'estime de soi*. *Alcoologie et addictologie* 2003;25(4) :289-294
11. C. Besancenet, S. Sultan. *Évolution des émotions et de la satisfaction corporelle, suivi de six mois après sevrage d'alcool*. *Alcoologie et addictologie* 2010;32(1):25-32
12. C. Aubry, M.C. Gay, L. Romo, S. Joffre. *L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle Tennessee du concept de soi, étude comparative entre hommes et femmes*. *L'Encéphale* 2004 ;30(1):24-31
13. Y. Le Claire, C. Naudin. *L'estime de soi : un axe de soin privilégié pour les alcoolodépendants*. *Alcoologie et addictologie* 2000 ; 22(4):359-362
14. SFA (Société française d'Alcoologie). *Référentiel de bonnes pratiques clinique. Sevrage simple en alcool*, 2006
15. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et SFA (Société Française d'Alcoologie). *Conférence de Consensus. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage*. Paris, 2001
16. B. Nalpas, B. Pierre, T. Ledent, C. Gillet, S. Martin, D. Playoust *et al.* *Devenir des patients après sevrage d'alcool, analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers*. *Alcoologie et addictologie* 2002 ; 24(4):337-344

17. G. Gorwood. *Comment évaluer l'accompagnement du sujet alcoolodépendant sevré ?* Alcoologie et addictologie 2001 ; 23(2):348-360
18. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) Baromètre santé 2005, *Activité physique : entre sport et sédentarité*.  
[en ligne] [http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005\\_Activite\\_physique.pdf](http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Activite_physique.pdf)
19. INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale). *Activité physique, contextes et effets sur la santé*. 2008
20. B. Coulombier. *Enseigner et animer les activités physiques adaptées aux personnes alcoolodépendantes*. In A. Varrey, J. Billard, G. Ninot, *Enseigner et animer les activités physiques adaptées...* Dossier EPS 2001 ; 55:106-110
21. J-E. Vanderheyden, P. Perazzoll, J-P. Hellemans, P. De Witte. *Utilité du sport chez l'alcoolique*. Alcoologie et addictologie 2003 ; 25(1):25-32
22. G. Ninot, D. Delignière, M. Fortes. *L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel*. Revue S.T.A.P.S. 2000 ; 53:35-48
23. J. Mercier. *Apports de l'activité physique adaptée sur l'estime de soi et la motivation : exemple dans un centre de post-cure d'addictologie*. Mémoire : Master Santé et Sport : Lille, 2009
24. N. Brière, R. Vallerand, M. Blais, L. Pelletier. *Développement et validation d'une mesure de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation en contexte sportif : L'échelle de Motivation dans les Sports (EMS)*. Int . J. Sport Psychol. 1995 ; 26:465-489
25. Y. Rossard. *Intérêt du sport chez les patients alcoolodépendants dans leur démarche de sevrage. Enquête qualitative par la méthode des focus groups*. Thèse :Médecine :Montpellier, 2011
26. L. Criniere, C. Lhommet, A. Caille, B. Giraudeau, P. Lecomte, C. Couet et al. *Reproducibility and Validity of the French Version of the Long International Physical Activity Questionnaire in Patients With Type 2 Diabetes*. Journal of Physical Activity and Health 2011 ; 8 :858-865
27. M-C. Dubé, P. Valois, D. Prud'homme, S-J. Weisnagel, C. Lavoie. *Physical activity barriers in diabetes: Development and validation of a new scale*. Diabetes Research and Clinical Practice 2006 ;72 : 20-27
28. L. Cloix Doisne. *Activité physique et ses déterminants chez des personnes diabétiques de type 2 vivant en France*. Thèse : Médecine : Tours, 2011
29. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé). *Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique*. La santé en action 2015 ; 433
30. C. Delahaye. *Prescrire l'activité physique et sportive, la balle est dans le camp des généralistes*. Le quotidien du médecin 2015 ; 9447:2-3

## **Liste des Figures et tableaux :**

### **Figures :**

*Figure 1 :* Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum.

*Figure 2 :* Modèle transthéorique de changement de Prochaska et Diclemente

*Figure 3 :* Modèle hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel de Fox et Corbin 1989

*Figure 4 :* Représentation de la dépense énergétique totale individuelle (Met-min/sem) aux trois temps de l'étude.

*Figure 5 :* Évolution de la dépense énergétique moyenne ( $\pm$ DS) (MET-min/sem) par activité, et aux différents temps de l'étude.

*Figure 6 :* Répartition (%) de la dépense énergétique par activité, et aux différents temps de l'étude.

*Figure 7 :* Représentation de l'estime de soi individuelle par l'échelle ISP-10 (60 points) aux différents temps de l'étude.

*Figure 8 :* Évolution des scores moyens ( $\pm$ DS) des échelles ISP, EMS et BAPA entre les trois temps de l'étude.

*Figure 9 :* Représentation de la motivation individuelle par l'échelle EMS (49 points) aux différents temps de l'étude.

*Figure 10 :* Représentation des freins individuels à la pratique d'activité physique par l'échelle BAPA adaptée (50points), aux différents temps de l'étude.

### **Tableaux :**

*Tableau I :* Dépense énergétique moyenne totale ( $\pm$ DS) aux différents temps de l'étude.

*Tableau II :* Variation moyenne individuelle ( $\pm$ DS) de la dépense énergétique totale entre les différents temps de l'étude.

*Tableau III :* Dépenses énergétiques moyennes totales ( $\pm$ DS) en Met-min/sem aux différents temps de l'étude et en fonction des critères socio-démographiques.

*Tableau IV :* Score moyen ( $\pm$ DS) de l'ISP sur 60 points en fonction des patients augmentant ou non leur dépense énergétique aux différents temps de l'étude.

*Tableau V :* Score moyen ( $\pm$ DS) de l'EMS sur 49 points en fonction des patients augmentant ou non leur dépense énergétique aux différents temps de l'étude.

*Tableau VI :* Score moyen ( $\pm$ DS) du BAPA adapté sur 50 points en fonction des patients augmentant ou non leur dépense énergétique aux différents temps de l'étude.



## Table des matières :

Liste des abréviations : .....	6
Plan : .....	7
I. Introduction : .....	8
1. Alcoolodépendance et sevrage : .....	8
a. L'alcool en France : .....	8
b. Quelques définitions : .....	9
c. La dépendance : .....	10
d. Psychopathologie du patient alcoolodépendant : .....	11
e. L'estime de soi : .....	12
f. Le sevrage : .....	13
g. L'accompagnement : .....	14
h. Le changement de comportement : .....	16
i. Évaluation de l'accompagnement : .....	17
2. Activité physique et sevrage : .....	18
a. L'activité physique : .....	18
b. Bien-être et activité physique : .....	19
c. Estime de soi et activité physique : .....	20
d. Motivation et activité physique : .....	21
II. Matériel et méthode : .....	22
1. Méthodologie : .....	22
2. Centre participant : .....	22
3. Population cible : .....	23
4. Le questionnaire : .....	23
a. L'activité physique : .....	24
b. L'estime de soi : .....	25
c. La motivation : .....	25
d. Les freins : .....	26
5. Les statistiques : .....	26
III. Résultats : .....	26
1. L'échantillon : .....	26
2. L'activité physique : .....	27
a. Dépenses énergétiques totales : .....	27
b. Dépenses énergétiques par activité : .....	28
c. Dépenses énergétiques et statuts socio-professionnels : .....	29
3. L'estime de soi : .....	30
a. Estime de soi totale : .....	30
b. Dépenses énergétiques et estime de soi : .....	31
4. La motivation : .....	32
a. La motivation totale : .....	32
b. Dépenses énergétiques et motivation : .....	33
5. Les freins : .....	34
a. Freins totaux : .....	34
b. Freins et items : .....	35
c. Dépense énergétiques et freins : .....	35
IV. Discussion et conclusion : .....	36
1. Limites et avantages : .....	36
a. La population : .....	36
b. L'étude : .....	37
c. Le questionnaire : .....	37

2. Les résultats :	39
a. Activité physique et freins :	39
b. Activité physique et motivation :	40
c. Activité physique et estime de soi :	40
3. Perspectives :	41
4. Conclusion :	42
V. Bibliographie :	43
Liste des Figures et tableaux :	45
Table des matières :	46
Annexe 1 :	48
Annexe 2 :	49
Annexe 3 :	50
Annexe 4 :	51
Annexe 5 :	53
Annexe 6 :	54
Annexe 7 :	55

## **Annexe 1 :**

### **Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie DSM-IV :**

#### *Critères d'abus du DSM-IV :*

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significatives, caractérisées par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absence, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

#### *Critères de dépendance du DSM-IV :*

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu
2. Incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter
3. Apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage
4. Existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant
5. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets
6. Réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance
7. Persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes

## **Annexe 2 :**

### **Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive selon la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10) :**

#### *Définition de l'usage nocif de la CIM-10 :*

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

#### *Critères de dépendance de la CIM-10 :*

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

### **Annexe 3 :**

#### **Critères des troubles liés à l'alcool selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie DSM-V :**

Les troubles liés à l'alcool sont un mode d'utilisation inadapté conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période connue de douze mois :

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
4. Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
  - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
  - effet notablement diminué en cas d'utilisation connue d'une même quantité de la substance
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - syndrome de sevrage caractérisé à la substance
  - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

#### **Niveaux de sévérité en fonction du nombre de critères :**

- <2 absence de trouble
- Entre 2 et 3 trouble léger
- Entre 4 et 5 trouble modéré
- > à 6 trouble sévère

## Annexe 4 :

### Version courte du questionnaire IPAQ :

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous faites dans votre vie quotidienne. Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez passé à être actif physiquement au cours des 7 derniers jours. Répondez à chacune de ces questions même si vous ne vous considérez pas comme une personne active. Les questions concernent les activités physiques que vous faites au travail, lorsque vous êtes chez vous, pour vos déplacements, et pendant votre temps libre.

#### Bloc 1 : Activités intenses des 7 derniers jours :

1. Pensez à toutes les **activités intenses** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

1-a. Au cours des 7 derniers jours, **combien y a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

..... **Jour(s)**

Je n'ai pas eu d'activité physique intense → **Passer au bloc 2**

1-b. Au total, combien de temps avez vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours ?

..... **heure(s)** ..... **minute(s)**

Je ne sais pas

#### Bloc 2 : Activités modérées des 7 derniers jours :

2. Pensez à toutes les **activités modérées** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

2-a. Au cours des 7 derniers jours, **combien y a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball ? Ne pas inclure la marche.

..... **Jour(s)**

Je n'ai pas eu d'activité physique modérée → **Passer au bloc 3**

2-b. Au total, combien de temps avez vous passé à faire des activités modérées au cours des 7 derniers jours ?

..... **heure(s)** ..... **minute(s)**

Je ne sais pas

Bloc 3 : La marche des 7 derniers jours :

3. Pensez au temps que vous avez passé à marcher au moins pendant 10 minutes d'affilée au cours des 7 derniers jours.

Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

3-a. Au cours des 7 derniers jours, **combien y a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes d'affilée.

..... **Jour(s)**

Je n'ai pas eu d'activité physique modérée → **Passer au bloc 4**

3-b. Au total, combien d'épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée, avez-vous effectué au cours des 7 derniers jours ?

..... nombre d'épisodes de 10 minutes d'affilée

*Exemples :*

<i>Lundi : 1 marche de 60 minutes</i>	<i>6 épisodes</i>
<i>mardi : 1 marche de 20 minutes et 3 marches de 5 minutes</i>	<i>2 épisodes</i>
<i>mercredi : 1 marche de 35 minutes</i>	<i>3 épisodes</i>
<i>Jeudi : 1 marche de 8 minutes</i>	<i>0 épisodes</i>
<i>Vendredi : 1 marche de 6 minutes puis 3 marches de 4 minutes</i>	<i>0 épisode</i>
<i>Samedi : 1 marche de 18 minutes</i>	<i>1 épisode</i>
<i>Dimanche : 1 marche de 10 minutes et 3 marches de 5 minutes</i>	<i>1 épisode</i>
<i>Total :</i>	<i>13 épisodes</i>

Je ne sais pas

Bloc 4 : Temps passé assis au cours des 7 derniers jours :

4. La dernière question porte sur **le temps que vous avez passé assis** pendant les jours de semaine, au cours des 7 derniers jours. Cela comprend le temps passé assis au travail, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision, devant un écran.

4-a. Au cours des 7 derniers jours, pendant les jours de semaine, **combien de temps**, en moyenne, avez-vous passé assis ?

..... **heure(s)** ..... **minute(s)**

Je ne sais pas

**Annexe 5 :**  
**Questionnaire ISP-10 :**

Les phrases suivantes expriment des sentiments sur soi. Pour chacune, cochez une réponse entre cela me ressemble : Pas du tout, Très peu, Un peu, Assez, Beaucoup, Tout à fait. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

Pas du tout 1	Très peu 2	Un peu 3	Assez 4	Beaucoup 5	Tout à fait 6
------------------	---------------	-------------	------------	---------------	------------------

a. J'ai une bonne opinion de moi-même

1      2      3      4      5      6

b. Globalement, je suis satisfait de mes capacités physiques.

1      2      3      4      5      6

c. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer

1      2      3      4      5      6

d. Physiquement, je suis content de ce que je peux faire

1      2      3      4      5      6

e. Je regrette souvent ce que j'ai fait

1      2      3      4      5      6

f. Je suis confiant vis à vis de ma valeur physique

1      2      3      4      5      6

g. J'ai souvent honte de moi

1      2      3      4      5      6

h. En général, je suis fier de mes possibilités physiques

1      2      3      4      5      6

i. Je voudrais rester comme je suis

1      2      3      4      5      6

j. Je suis bien avec mon corps

1      2      3      4      5      6



## Annexe 6 :

### **Questionnaire EMS-7 :**

Indiquez dans quelle mesure, chacun des énoncés suivant correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous pratiquez une activité physique. Les réponses nous serviront simplement à mieux vous comprendre. Il est donc important que vous répondiez le plus franchement possible.

Ne correspond pas du tout 1	Correspond très peu 2	Correspond un peu 3	Correspond moyennement 4	Correspond assez 5	Correspond fortement 6	Correspond très fortement 7
--------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------------	--------------------------------

En Général, pourquoi pratiquez-vous une activité physique :

a. Pour le plaisir que vous ressentez lorsque vous améliorez certains de vos points faible.

1      2      3      4      5      6      7

b. Pour le plaisir de découvrir de nouveaux exercices physiques.

1      2      3      4      5      6      7

c. Pour les émotions intenses que vous ressentez à faire une activité physique.

1      2      3      4      5      6      7

d. Parce que c'est un bon moyen d'apprendre beaucoup de chose qui peuvent vous être utile dans d'autre domaine de votre vie.

1      2      3      4      5      6      7

e. Il faut absolument que vous fassiez une activité physique pour vous sentir bien dans votre peau.

1      2      3      4      5      6      7

f. Ça vous permet d'être bien vu par les gens que vous connaissez.

1      2      3      4      5      6      7

g. Vous ne croyez pas vraiment être à votre place à pratiquer une activité physique.

1      2      3      4      5      6      7

## Annexe 7 :

### Questionnaire BAPA adapté :

Quelles sont, aujourd'hui , les raisons qui peuvent vous empêcher de pratiquer une activité physique régulière :

Pas du tout d'accord 1	Plutôt pas d'accord 2	Incertain 3	Plutôt d'accord 4	Tout à fait d'accord 5
---------------------------	--------------------------	----------------	----------------------	---------------------------

a. J'ai peur de me blesser

1      2      3      4      5

b. J'ai peur de faire une crise cardiaque

1      2      3      4      5

c. J'ai peur d'être fatigué

1      2      3      4      5

d. J'ai peur de ne pas avoir une forme physique suffisante

1      2      3      4      5

e. J'ai peur de ne pas être assez encadré

1      2      3      4      5

f. J'ai peur de faire une activité physique seul

1      2      3      4      5

g. J'ai peur de ne pas avoir assez le temps

1      2      3      4      5

h. J'ai peur que cela coûte trop cher

1      2      3      4      5

i. Par manque d'information sur les bénéfices de l'activité physique sur ma maladie

1      2      3      4      5

j. A cause de la distance par rapport aux structures sportives

1      2      3      4      5